Nr 21 22 maja 1938 Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE

Dr M. SIEMIONKIN Kochanówka (Łódź)

Wyzwolenie nieuświadomionego kompleksu pod wpływem alkoholu

Ze Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych „Kochanówka"
Dyrektor: Dr M. Siemionkin

L. A., dnia 22. I. 1930 r. zamordowała 20-miesięczną córkę swoją w ten sposób, że zapaliła na piecu stos drzewa, zamknęła drzwi i okna i wyszła z domu. Po powrocie znalazła dziecko bez przytomności; zaniosła do lekarza; ten ostatni skonstatował śmierć dziecka. Tak przedstawia się przestępstwo L. A.

Na podstawie uchwały Sądu Grodzkiego w Królewskiej Hucie L. A. znajdowała się pod moją obserwacją przez 6 tygodni. Badanie stanu fizycznego nie wykazało nic szczególnego, poza zniesieniem odruchów gardła i spojówek oraz wzmożeniem odruchów kolanowych. L. zdawała sobie sprawę z popełnionego czynu, lecz nie uświadamiała sobie przestępczości tegoż. Opowiadała, że pewnego razu położyła na piecu drzewo i sama ze starszą córką wyszła z domu, w którym pozostała druga, 20-miesięczna córka. Tymczasem drzewo zaczęło tlić się i dymić. Gdy wróciła do domu, okazało się, że w pokoju było pełno dymu, a dziecko leżało w łóżku nieprzytomne. Zabrała dziecko i poszła do lekarza, który stwierdził śmierć. Twierdziła jednak stanowczo, że dziecka nie zamordowała, że bardzo je kochała. L. zamężna jest po raz drugi. W pierwszym małżeństwie była szczęśliwa, natomiast z drugim mężem żyje bardzo źle; mąż pije, niszczy rzeczy, wygania ją z domu, bije i katuje. Cierpiała to i znosiła, aż sześć miesięcy przed popełnieniem przestępstwa zdobyła się na czynny opór i rozeszła się z mężem. Z pierwszego małżeństwa ma dwoje dzieci, z drugiego — jedną córkę oprócz zamordowanej Domiceli. Skutkiem złego pożycia małżeńskiego L. uważa siebie za chorą „na głowę", „przychodzą jej nieraz głupie myśli", dokładnie jednak tego nie określa. Po rozejściu się z mężem zaczęła sama zarabiać na życie. Krytycznego dnia było zakończenie darcia pierza u państwa M., gdzie L. była wynajęta do wykonania tej pracy. Po zakończeniu darcia wszystkie kobiety, które brały w tym udział, dostały poczęstunek i L. wypiła dwa kieliszki wódki. Pijaną nie była, lecz było jej „wesoło i lekko". Oświadczyła, że przed śmiercią dziecka odczuwała jakiś niepokój i lęk; drzewo, które przyniosła do domu, pachniało trupem. Opowiadała również, iż śniło jej się pewnego razu, że dziecko jej umarło i ją goniła policja. Podczas pobytu na obserwacji śniła o pierwszym mężu, który powiedział jej, by nie płakała po dziecku, ponieważ będzie szczęśliwa; ten sam sen miała już raz podczas pobytu w więzieniu. Wykształcenia L. nie posiada. Jest z natury religijna, lecz nie wgłębia się w sedno zasad religii i nie zna ich, co należy tłumaczyć brakiem odpowiedniego wykształcenia. Strona moralno-etyczna L. rozwinięta jest dość wysoko. Alkoholu nie używa; prowadzi pracowity tryb życia.

Charakterystyczne zeznania znajdujemy w aktach sądowych, co potwierdziła L. i podczas obserwacji: przyznaje się ona do zamiarowego podpalenia stosu drzewa w celu zamordowania córki, która była dla niej ciężarem; „ulegając jakiejś nagłej myśli, wzięłam zapałki i zapaliłam papier obok leżącego na kuchni drzewa", i później: „uczyniłam to pod wpływem jakiegoś wewnętrznego przymusu". a dalej: „działając pod wrażeniem myśli, która mnie w tym momencie opanowała, w danej chwili nie miałam wahań wewnętrznych, które by mnie ostrzegały; myśl pozbawienia dziecka życia przyszła mi nagle i zaraz też ten zamiar wykonałam, nie zastanawiając się nad skutkami i następstwami mego czynu", później dodaje, że „od kilku dni nurtowała ta myśl we mnie, że dalej nie może pozostać tak, jak jest" (stylizacja zeznań sędziego śledczego). Lekarz, do którego L. udała się po wypadku, stwierdził, że była ona w stanie podniecenia psychicznego, na zapytania dawała jednak dokładne odpowiedzi. Wszyscy zaś świadkowie stwierdzili, że L. jest bardzo porządną kobietą, kocha i stara się o swoje dzieci i można wątpić, czy mogłaby zamordować dziecko.

Podczas obserwacji L. zachowywała się rzeczowo i poprawnie; halucynacyj nie zdradzała, urojeń nie wypowiadała. Przeważnie była smutna, wyraz twarzy był bolesny, rzadko uśmiechała się, lecz uśmiech również był bolesny. Zaobserwowano zmienność usposobienia i nastroju, czasem bez widocznej przyczyny, czasem pod wpływem jakiegoś bodźca. Usposobienie i nastrój zasadniczo zmieniły się pod wpływem snu o pierwszym nie żyjącym mężu; przez parę dni była nawet ożywiona i oświadczyła, że czuje się bardzo dobrze. Przez pierwsze tygodnie obserwacji dużo płakała, była zamyślona i przygnębiona, nie obcowała z otoczeniem. Nieraz trzeba było dłuższego czasu, ażeby rozruszać myśl jej i zmusić do odpowiedzi.

Wynik badań doświadczalno-psychologicznych był następujący: spostrzegania wrażeń prostych zewnętrznych zachowane są w pełnej mierze; poznaje przedmioty oraz określa znaczenie ich i sposób używania. Spostrzegania wrażeń zewnętrznych skomplikowanych, jak również i uświadomienie spostrzeżonego jest bardzo upośledzone. W opisach złożonych kompleksów przeważa zbieranie inwentarza; wylicza poszczególne elementy kompleksu, nie wiążąc je w całość. Połączyć poszczególne kompleksy i ułożyć je w całokształt nie może. Uwaga tak czynna, jak bierna, rozproszona. Zdolności zapamiętywania osłabione. Zdolność kombinacyjne — upośledzone. Krytyka osłabiona, lecz po dłuższym czasie pogląd krytyczny ustala się. Zdolności kojarzeniowe są bardzo osłabione. Wnioskowanie jest utrudnione, lecz po dłuższym czasie przy naprowadzeniu jej wnioskuje prawidłowo. W ogóle cały intelekt jest zachowany, lecz osłabiony we wszystkich swoich składowych częściach.

A więc: L., będąc z natury porządną i etyczną kobietą, morduje rzekomo z premedytacją swoje dziecko, podpalając w tym celu drzewo na piecu i pozostawiając na pewien czas dziecko w pokoju. L. przyznaje się do czynu, lecz zeznania jej obfitują w bardzo charakterystyczne dane, dotyczące jej stanu psychicznego, jak: „ulegając nagłej myśli...", „pod wpływem jakiegoś wewnętrznego przymusu...", „nie miałam wahań wewnętrznych...".

Stajemy wobec sprzeczności działań psychicznych: z jednej strony zdaje się być udowodniona etyka i prawy charakter posądzonej, z drugiej — przeciwstawia się wręcz przeciwne elementarnej etyce postępowanie — zamordowanie własnego dziecka. Ta sprzeczność zasadniczo może być albo wynikiem prawdziwego wypadku, albo musi mieć za sobą podłoże psychopatologiczne. Wynik badania i obserwacji posądzonej L. wykazał, że mamy do czynienia z osobą o konstytucji histerycznej, skłonną do łatwego ulegania zmianom usposobienia i nastrojów; ciężkie zaś pożycie małżeńskie i przeżycia psychiczne przyczyniły się do skrystalizowania jednostki chorobowej w postaci histerii.

Ażeby uświadomić sobie drogi, którymi L. doszła do czynu, musimy przejrzeć pola, na których leżą te drogi. Jaźń człowieka składa się z dwóch sfer: sfery świadomości i sfery podświadomości. Ostatnią Freud dzieli na sfery przedświadomą i nieświadomą, połączone między sobą drogami kojarzeniowymi. Do sfery przedświadomości należy wszystko to, co leży na progu świadomości, co jest na razie zapomniane, lecz pod wpływem jakiegokolwiek bodźca zewnętrznego przekracza ten próg i dochodzi do świadomości, zostaje więc przypomniane. Sfera nieświadomości natomiast zawiera w swojej głębi to, co z tych lub innych powodów tłumi w sobie jednostka, z czego nie zdaje sobie sprawy, co jednak istnieje i nurtuje w psychice człowieka. Według Freud'a „nieświadome" jest istotną częścią naszego psychizmu. To „nieświadome", będąc ukryte i automatycznie tłumione, nie będąc więc wyłonione i odreagowane, znajduje swój wyraz czy to w objawach chorobowych (histeria), czy to w sennych marzeniach.

Nad istotą histerii pierwszy pracował Charcot, który też położył duże zasługi w wyświetleniu tego zagadnienia. Za główną przyczynę jednak uważa on zwyrodnienie, przyjmując resztę powodów za bodźce wywołujące. Uczeń jego Janet, przyjmując również jako podłoże histerii zwyrodnienie, mówi o powstającej na wspomnianym podłożu dysocjacji psychicznej, powodującej występowanie histerii. Freud w swoich badaniach histerii posunął się jeszcze dalej i doprowadził do skrystalizowanego

twierdzenia, że histeria jest wynikiem naszych wszystkich myśli, wrażeń, uczuć, znajdujących się w sferze nieświadomości, tłumionych nieświadomie, niewyłonionych na zewnątrz, a więc niereagowanych, znajdujących się jednak w stanie potencjalnym. Życie ze swoją organizacją i wychowaniem nakłada na jednostki, że tak powiem, pewne pęta w postaci prawa, etyki itp. Nieraz, a nawet bardzo często, jednostka, będąc skrępowana wspomnianymi czynnikami, tłumi w sobie ukryte, mimo woli w głębi psychiki powstające te lub inne pożądania, chęci, zamiary. Nieraz jednostka pod wpływem tych lub innych bodźców, czy to zewnętrznych, czy to wewnętrznych, stwarza w głębi swego psychizmu pewien kompleks, który znajdując się głęboko w nieświadomości, a będąc skrępowany wychowaniem, pojęciami etycznymi oraz przyjętym postępowaniem nie wyłania się na zewnątrz. Hamulce psychiczne, działając w tym wypadku automatycznie, wstrzymują niepożądane czynności, stojące w sprzeczności z przyjętymi pojęciami. Jednak mimo wszystko, co raz weszło w nieświadomość, czy to przy pomocy wrażeń zewnętrznych, czy to w postaci nieuświadomionego kompleksu, pozostaje tam raz na zawsze. Psychika człowieka, za pomocą rozmaitych organów wchłania w siebie nieskończoną ilość poszczególnych wrażeń. Pochwycone wrażenia, poszczególne lub połączone, wytwarzają wyobrażenia, które wkraczają w sferę uczuciową, będąc mniej lub więcej afektywnie zabarwione. Skutkiem połączenia tych wyobrażeń powstają kompleksy. Wytworzenie kompleksu nie jest właściwością tylko stanów chorobowych. Nieraz widzimy zdrowych psychicznie ludzi, którzy pod wpływem tych lub innych wrażeń wytworzyli kompleks i przez całe życie nie są w stanie go rozwiązać, zdając sobie nieraz sprawę z niewłaściwości tegoż. Byłby to kompleks uświadomiony. Nieuświadomiony natomiast kompleks powstaje niezależnie od jednostki, rozwija się niepostrzeżenie; poszczególne wrażenia automatycznie przenikają do psychiki człowieka, przeistaczając się w wyobrażenia i zalegają w sferze nieświadomej, będąc zawsze gotowe do wyłonienia się na zewnątrz. Czasem, jak już zaznaczyliśmy, psychika w borykaniu się z nieuświadomionym kompleksem reaguje stanem chorobowym, innym razem, będąc sztucznie wyzwolonym, kompleks przestaje istnieć, czasem zaś wyzwoli się samoistnie pod wpływem tych lub innych bodźców zewnętrznych.

Senne marzenia, według Freud'a, są niczym innym, jak odbiciem naszych tajnych pragnień, pożądań, które z tych lub innych przyczyn nie mogły być zrealizowane w życiu. Tak lub inaczej, niewątpliwym jest, że w marzeniach sennych odbija się nasze życie wewnętrzne, czy też zewnętrzne. Faktem również jest, że niezaspokojone pożądania wypływają w marzeniach sennych nieraz w postaci zniekształconej, mglistej, nieraz zaś bardzo jaskrawo, są to tak zwane senne marzenia pożądaniowe. Sen wyklucza świadomość i wszystkie obrazy sennych marzeń mają swe źródło w sferze nieświadomości, skąd wyłaniają się pod wpływem kojarzeń automatycznych, niezależnych od woli człowieka. Dlatego jednak, żeby zjawił się obraz w marzeniach sennych, musiał on zetknąć się z psychiką człowieka, czy to jako wrażenie, czy jako tajne pożądanie, czy jako ukryty nieuświadomiony kompleks; nieraz człowiek sam dziwi się treści swoich marzeń sennych, które stoją rzekomo w zupełnej sprzeczności z etyką i poglądami osobnika; nie zdaje sobie sprawy w tym wypadku, że w głębi psychizmu, właśnie w sferze nieświadomości zalegały te pragnienia, pożądania, które w życiu nie mogłyby być zrealizowane skutkiem sprzeciwienia się utartym poglądom lub etyce osobnika, nie zdaje sobie sprawy, że w marzeniach sennych odbija się właściwie prawdziwa istota psychizmu jednostki, że w marzeniach sennych nie istnieją narzucone przez społeczeństwo poglądy i prawa, że we śnie człowiek wyzwala się z pęt przymusu, a obrazy sennych marzeń odbijają prawdziwą treść psychiczną osobnika.

Wrócimy obecnie do naszego przypadku i postaramy się zanalizować czyn przestępczy L. Stwierdziliśmy, że L. należy do typów o konstrukcji histerycznej. Z natury jest ona kobietą porządną i etyczną. Życie stwarza dla niej bardzo ciężkie warunki, nie szczędzi jej tak fizycznych, jak i moralnych cierpień. L. jednak nie zraża się i idzie swoją przeznaczoną drogą życiową, zarabiając na życie własne i dzieci. Jednak w tej histerycznej psychice zaczyna się podświadomy protest przeciwko warunkom, przeciwko istotom, wymagającym wysiłku życiowego. Niezależnie od niej stwarza się nieuświadomiony kompleks: gdyby nie było dziecka, tym bardziej od męża, który stworzył dla niej katorgę w życiu, było by jej znacznie lżej. Mimo to L. w dalszym ciągu dba o dzieci, stara się o nie, kocha i wzdryga się przed zbrodnią rozczłonkowania dziecka (krótko przed omawianym przestępstwem popełniona była właśnie zbrodnia poćwiartowania dziecka przez matkę). Jedyny ślad tego kompleksu widzimy w sennych marzeniach L., gdy śniła, że dziecko jej umarło, a ją goniła policja. Marzenia pozornie niedorzeczne, bo z powodu normalnej śmierci dziecka policja nie ściga rodziców, w obecności kompleksu nieuświadomionego nabierają pewnej treści: w sferze nieświadomości L. powstała niezależna, nieuświadomiona myśl o usunięciu dziecka z życia; stąd normalna śmierć dziecka w marzeniach sennych skojarzyła się z pościgiem policji. Również marzenia senne, w których zjawił się jej mąż, z którym żyła dobrze, nabierają pewnego oświetlenia wobec jej treści psychicznej i konstytucji: L., będąc etyczną kobietą, cierpi z powodu czynu, szuka usprawiedliwienia i otóż zjawia się ten dobry człowiek, z którym żyła szczęśliwie w małżeństwie i uspakaja ją. Pewien niepokój przed dokonaniem czynu, zapach trupi w przyniesionym drzewie, wszystko to jest wynikiem działania nieuświadomionego kompleksu. Mimo wszystko L. byłaby może nie popełniła omawianego czynu, gdyby nic nie wyprowadziło jej z równowagi psychicznej. W danym wypadku czynnikiem decydującym, który otworzył drogę do wyzwolenia nieuświadomionego kompleksu, była wódka, którą wypiła przed dokonaniem czynu u M. — L. nigdy wódki nie piła, odżywiała się źle, była fizycznie wyniszczona; nic więc dziwnego, że te dwa kieliszki wódki podziałały na nią w sposób swoisty. Wypita wódka nie wprowadziła jej wprawdzie w stan upicia się, lecz osłabiła odporność psychiczną, rozluźniła hamulce, przyćmiła świadomość. W takim razie będą dla nas zrozumiałe charakterystyczne jej oświadczenia, że popełniając czyn, L. „uległa jakiejś nagłej myśli", działała „pod wpływem wewnętrznego przymusu", co było niczym innym, jak nieuświadomionym kompleksem, który ze sfery nieświadomości pod wpływem zmniejszonego oporu psychicznego wszedł do sfery świadomości, został poniekąd uświadomiony. Wspomniany kompleks zaczął już wyłaniać się parę dni przedtem, gdy L. „nurtowała myśl, że tak dalej być nie może". Nie wiedziała jeszcze co zrobi, lecz ogarnął ją „niepokój i lęk". Wypita wódka rozluźniła hamulce psychiczne i L., będąc pod wpływem alkoholu „nie miała wahań wewnętrznych". W ten sposób wypita nieznaczna ilość alkoholu wyzwoliła nieuświadomiony kompleks, w wyniku czego powstało przestępstwo zamordowania dziecka.

Sąd na rozprawie głównej przychylił się do powyższych wywodów i sprawę karną umorzył.

Szczepan ŚLOPEK Lwów

O modyfikacji lwowskiej (M. L.) serologicznego badania kiły

Z Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej U. J. K.
i z Państw. Zakładu Higieny we Lwowie
Kierownik: Prof. dr N. Gąsiorowski

Początki odczynów kłaczkujących, zajmujących obecnie tak poważne miejsce w serodiagnostyce kiły, sięgają czasu Michaelisa, który pierwszy zauważył, że w mieszaninie ciał lipoidalnych z surowicą kiłową, wytwarzają się strąty. W ślad za tymi spostrzeżeniami Jakobstahl opisał zjawisko powstawania kłaczków w mieszaninie surowicy kiłowej i antygenu lipoidalnego w ciemnym polu widzenia. W dalszym ciągu, dopiero badaniom Meinickego i Sachsa-Georgiego (1917—1918) zawdzięcza się opracowanie metod, dających odczyny kłaczkujące, które znalazły zastosowanie praktyczne i zdobyły sobie, obok odczynu Bordet-Wassermanna, prawo obywatelstwa w serodiagnostyce kiły.

Od chwili wprowadzenia odczynów kłaczkujących, stale dąży się do uproszczenia i ujednostajnienia serodiagnostyki kiły. Sprawa ta, mimo licznych wysiłków w tym kierunku, nie została dotychczas rozwiązana i pozostaje nadal sporna i aktualna. Liczne bowiem spostrzeżenia wskazują na to, że w serodiagnostyce kiły nie możemy opierać się tylko na odczynie Bordet-Wassermanna lub odczynach kłaczkujących, lecz równocześnie musimy posługiwać się obu odczynami jako wzajemnie się uzupełniającymi.

Wyrazem doskonalenia techniki serodiagnostycznej są liczne odmiany odczynu Bordet-Wassermanna, jak również tworzenie nowych sposobów dla odczynów kłaczkujących, przede wszystkim modyfikacji klasycznego odczynu Meinickego (D. M., M. T. R., M. M. R., M. K. R.) i Sachsa-Georgiego (S. W. I., S. W. II., S. K. O.) i innych. Jak obserwacja poucza, zarówno odczyn Bordet-Wassermanna, jak odczyny kłaczkujące należą do bardziej zawiłych i wynik ich zależy od wielu czynników. Im czynniki te są lepiej dobrane i mechanizm ich działania sprawniejszy, tym wyniki odczynów dadzą bardziej przedmiotowy obraz stanu choroby.

Spośród różnych elementów, od których zależy prawidłowy wynik odczynu, jednym z najgłówniejszych jest *wywoływacz*. Śledząc historyczny rozwój wykonywania odczynów serologicznych na kiłę widzimy, że największe wysiłki dążą do otrzymania zawiesiny wywoływacza w takim stanie fizyko-chemicznym, który by odpowiadał najlepszym warunkom dla odczynu ze surowicą badaną. Już niedługo po ogłoszeniu klasycznego odczynu Bordet-Wassermanna okazało się, że ciałami czynnymi w antygenach, używanych w serologicznym badaniu kiły, są związki rozpuszczalne w alkoholu z grupy połączeń lipoidalnych. Sachs i Rondoni (27) przez dodanie do alkoholowego wyciągu z prawidłowych narządów pewnych ciał lipoidalnych uzyskali bardziej czułe wywoływacze. Spośród różnych lipoidów, według Sachsa (24), najlepiej nadaje się cholesterol. O roli cholesterolu w antygenie posiadamy dziś już dość pokaźne piśmiennictwo. Z jednej strony niektórzy badacze (Witebsky (34), Steinfeld (32)), opierając się na badaniach Sachsa-Klopstocka i Weila, przypisują cholesterolowi znaczenie antygenu, który w odczynie Bordet-Wassermanna, czy też w odczynach kłaczkujących, wiąże się z niwecznikami znajdującymi się w surowicy kiłowej, z drugiej zaś strony (Gaetani (6), Graetz (11), Jaisser (16), Plaut i Kassowitz (23), Sachs (24), Stemshorn (33)) podnoszą, iż rola wzmacniająca cholesterolu polega tylko na zmianach fizyko-chemicznych, jakie pod wpływem jego działania powstają w antygenie. Przyjmując znaczenie połączeń lipoidalnych, musimy równocześnie pamiętać, że wynik odczynu zależy również i od samej surowicy badanej. Niektóre z surowic dają odczyn tylko z wywoływaczem bez cholesterolu (Sachs (24), Graetz (11)). Stosowanie więc wywoływaczy obu typów, bez cholesterolu i z cholesterolem, pozwala na osiągnięcie większej ilości dodatnich wyników, niż przy stosowaniu wywoływaczy jednego typu. Stężenie cholesterolu zależy, według Sachsa (24) i Georgiego (7 i 8), od składu wyciągu alkoholowego; stąd wynika konieczność każdorazowego dostosowywania dawki cholesterolu w zależności od jakości wyciągu. Optymalną ilością cholesterolu jest dawka, która dodana do wyciągu stwarza najwyższą czułość odczynu w granicach jego swoistości.

Wśród badań, dotyczących odczynów kłaczkujących natrafiono na ciała, które pomimo, iż nie stoją w związku z ciałami czynnymi w antygenie, to jednak przyczyniają się do wzmacniania wywoływaczy. Do ciał tego rodzaju należą balsam tolutański, zastosowany przez Meinickego (21) w odczynie zmętnienia i w odczynie wyjaśnienia oraz żywica benzoesowa, zastosowana przez Guillain, Guy Laroche i Lechelle (12) do badania płynów mózgowo-rdzeniowych (odczyn będźwinowy), a przez Sachsa-Klopstocka-Ohashi (28) w odczynie benzocholowym. Rola tych ciał polegać ma, według Sachsa-Klopstocka (26) na zmianie warunków fizyko-chemicznych w środowisku odczynu, a tym samym na uwidocznianiu reakcji zachodzącej pomiędzy surowicą kiłową a wyciągiem lipoidalnym. *Optimum* działania ściśle zależy od ilości balsamu tolutańskiego albo żywicy benzoesowej.

Również sposób przyrządzania wyciągu odgrywa tu ważną rolę. W miejsce pierwotnie używanych wyciągów wodnych zastosowano alkohol, aceton (Kolle i Stiner (18)), eter (Meinicke (20)), eter naftowy (Klostermann i Weisbach (17)). Po usunięciu ciał rozpuszczalnych w acetonie lub eterze, sporządza się wyciągi alkoholowe (tzw. wyciąg wtórny).

Zauważyć należy, że różne wywoływacze, jakkolwiek są sporządzone ściśle według tego samego przepisu, wykazują pewne różnice w działaniu; każdy wywoływacz w odczynach kłaczkujących posiada jak gdyby pewną osobniczą cechę, którą zachowuje przez dłuższy czas w postaci niezmienionej; przyczyną tego zjawiska są bliżej nieznane różnice w budowie chemicznej wyciągów antygenowych, zależne może od nieuchwytnych wahań w chemicznym składzie tkanki użytej do wyciągu (Gąsiorowski (5)). Według Sachsa-Klopstocka i Weila (29) wynik odczynu zależy nie tylko od chemicznego składu wyciągu. Wywoływacz musi znajdować się w odpowiednim stanie rozproszenia *(dispersio)*, jeśli ma wystąpić odczyn z badaną surowicą. Z badań Sachsa-Rondoniego (27) i Georgiego (7) wynika, że zachodzi różnica między zawiesiną antygenową, otrzymaną przez szybkie rozcieńczanie, a otrzymaną przez rozcieńczanie frakcjonowane. Przy szybkim rozcieńczaniu zawiesina często zawodzi, nie tak jak w zawiesinie przyrządzonej sposobem frakcjonowanym, chociaż obie posiadają jednakowy skład chemiczny. Freiwirth (4), badając bliżej opisane zjawisko, przekonał się, że rozproszenie zawiesiny antygenowej zależy nie tylko od czasu, lecz również od ilości surowicy i wywoływacza. Przy silnych rozcieńczeniach surowic i lecytyny, otrzymał on najodpowiedniejszy stopień rozproszenia, mieszając płyny dwuczasowo, powolnie; na odwrót przy bardziej stężonych roztworach surowicy i lecytyny lepsze wyniki uzyskał po szybkim mieszaniu płynów.

Obok wywoływacza niemniejsze znaczenie przypada *badanej surowicy*. Przede wszystkim chodzi o zachowanie się surowic czynnych i unieczynnionych przez ogrzanie do 55—56° przez pół godziny. Sachs i Georgi (25) zauważyli występowanie ujemnych odczynów z surowicami czynnymi, a równocześnie dodatnie odczyny z tymi samymi surowicami po ich unieczynnieniu. Georgi (9) tłumaczy to zjawisko zbyt wielką chwiejnością ciał białkowych, zawartych w surowicy czynnej, które, działając jako koloidy ochronne, wpływają hamująco na wystąpienie odczynu. Zjawiska tego można uniknąć drogą stabilizacji surowicy za pomocą ogrzania do 55—56° lub zastosowując sposób znoszący chwiejność surowicy bez unieczynniania, mianowicie przez zwiększenie zawartości NaCl (Brandt (2), Meinicke (21)). Ta ostatnia metoda znalazła zastosowanie w odczynie zmętnienia Meinickego z surowicami czynnymi. Zwiększenie stężenia NaCl podnosi również w pewnych granicach czułość odczynu z surowicami unieczynnionymi; jednak to zjawisko, według Georgiego i Lebensteina (10), polegające tylko na zwiększonej zdolności wypadania strątów, posiada charakter ilościowy, podczas, gdy działanie zwiększonych ilości NaCl w czynnych surowicach, wywołując stabilizację globulin surowicy jest, podobnie jak odczyn z surowicą ogrzaną, natury jakościowej.

Poza powyższymi czynnikami, wynik odczynu Bordet-Wassermanna i odczynów kłaczkujących zależy jeszcze, jak to już liczne badania wykazały, od szeregu innych czynników (Aristoff-Feldmann-Mariasin (1), Elbert-Gerkes (3), Gąsiorowski (5), Hilgers (14), Schirnwindt (30), Ślopek (31)), a przede wszystkim *od okresu chorobowego*, w którym badanie surowicy wykonano. Przy niektórych metodach przeważa liczba dodatnich odczynów we wczesnych okresach kiły, przy innych zaś w okresach późniejszych, co zmusza nas do stosowania kilku metod badania wzajemnie się uzupełniających. Następnie *zabieg leczniczy* powoduje spadek dodatnich odczynów mniej lub bardziej zaznaczający się w poszczególnych odczynach.

Poza tym, wynik odczynu zależy jeszcze od *ciepłoty, oddziaływania środowiska i okresu czasu* wzajemnego działania surowicy i wywoływacza na siebie.

Z przedstawionego stanu rzeczy widać, że w obecnych metodach, używanych w serologii kiły, a polegających na odczynach kłaczkujących, są bardzo liczne kombinacje, wpływające na wynik odczynu. Słowem, metody te, jako technicznie trudne i chwiejne, mogą łatwo wieść do fałszywych wniosków.

Przesłanki powyższe usprawiedliwiają postanowienie opracowania i wypróbowania metody, która by była możliwie czuła i swoista, a równocześnie technicznie najprostsza. W próbach moich za podstawę służyły mi metody zmętnienia Meinickego *(M. T. R.)* (21) i benzocholowa Sachsa-Klopstocka-Ohashi *(S. K. O.)* (28).

Jako wywoływacza użyłem:

a) wyciągu eterowo-alkoholowego z serca wolego, sporządzonego według przepisu Meinickego;

b) alkoholowego roztworu cholesterolu i żywicy benzoesowej, podobnie jak przy *S. K. O.*

Dla uproszczenia techniki używałem, podobnie jak w odczynie *M. T. R.*, surowic czynnych i 3% roztworu chlorku sodowego, a nie surowic unieczynnianych, używanych w metodzie *S. K. O.*

Szczegółowa technika przyrządzania odczynników i wykonywania odczynu za pomocą metody — którą pozwolę sobie nazwać *„Modyfikacją lwowską"* *(M. L.)* — przedstawia się, jak następuje.

Przyrządzanie wywoływacza: w skład wywoływacza wchodzi eterowo-alkoholowy wyciąg z serca wolego, alkoholowy roztwór cholesterolu i alkoholowy roztwór żywicy benzoesowej.

Eterowo-alkoholowy wyciąg z serca wolego: świeży mięsień serca wolego, oczyszczony z tkanki tłuszczowej, ścięgien, naczyń zemleć dwukrotnie w maszynce do mięsa: rozdrobnioną masę rozpostartą w cienkiej warstwie na płytce szklannej, suszyć w cieplarce w 50—55° i powtórnie rozetrzeć w porcelanowym moździerzu na proszek; jedną część proszku zalać 9 częściami eteru (stosunek wagowy) i po jednogodzinnym wstrząsaniu pozostawić przez 24 godziny w ciepłocie pokojowej, następnie prze-

sączyć przez podwójną bibułę i pozostałość na sączku wstawić do cieplarki o 37°. Suchy proszek zalewa się teraz 96% alkoholem — podobnie jak poprzednio eterem — w stosunku 1:9 i pozostawia w ciepłocie pokojowej przez kilka dni, wstrząsając od czasu do czasu; po przesączeniu przez podwójną bibułę otrzymuje się w końcu wyciąg macierzysty, który najwcześniej dopiero po upływie kilku tygodni — po dostatecznym przetrawieniu-dojrzeniu — nadaje się do użytku.

Alkoholowy roztwór cholesterolu: 0,5 g chemicznie czystego cholesterolu (Merck) na 100 cm³ alkoholu 96% ogrzewa się na łaźni wodnej przy ciepłocie 50° do zupełnego rozpuszczenia.

Alkoholowy roztwór żywicy benzoesowej: sproszkowaną żywicę benzoesową (*resina Benzoe Siam*) rozpuścić w alkoholu 96% w stosunku 20:100 i często wstrząsając, przesączyć po 24 godzinach przez podwójną bibułę. Płyn ten, jako 20% roztwór przechowuje się w naczyniu zamkniętym długi czas bez zmiany.

Miareczkowanie wywoływacza: wobec trzech elementów, wchodzących w skład wywoływacza, należało dla każdego z nich oznaczyć dawkę optymalną, tj. taką, przy której użyciu w próbnych badaniach wypadają najbardziej zgodne wyniki z odczynem Bordet-Wassermanna. Opierając się na bardzo licznych próbach, wykonanych z około 500 surowicami kiłowymi i kontrolnymi, z których każdą nastawiałem z rozmaitymi dawkami wyciągu z serca, roztworu cholesterolu i żywicy benzoesowej, najlepsze wyniki otrzymałem przy użyciu:

a) macierzystego wyciągu etero-alkoholowego, rozcieńczonego alkoholem 96% w stosunku 1:1;

b) 0,5% macierzystego roztworu cholesterolu w dawce 0,8 cm³ + 9,2 cm³ rozcieńczonego wyciągu eterowo-alkoholowego (jak pod a);

c) alkoholowego roztworu żywicy benzoesowej, rozcieńczonego do 7,5% w dawce 2,5 cm³ + 7,5 cm³ mieszaniny rozcieńczonego wyciągu eterowo-alkoholowego z cholesterolem (jak pod b).

Przy mniejszych lub większych dawkach cholesterolu skłaczkowanie wypadało ujemnie albo nieswoiście; przy użyciu mniejszych dawek żywicy benzoesowej, zawiesina stawała się zbyt przejrzystą, a liczba dodatnich odczynów znacznie spadała; przy większych zaś dawkach żywicy benzoesowej, zawiesina przedstawiała się jako zbyt gęsta i kłaczki opadały z surowicami niekiłowymi.

Zrozumiałym jest, że dawki oznaczone przy miareczkowaniu jako optymalne, wiążą się ściśle z użytym do miareczkowania wyciągiem eterowo-alkoholowym z serca wolego, czyli że *przy każdym innym wyciągu należy zawsze wymiareczkować odpowiednią dawkę cholesterolu i żywicy benzoesowej.*

Chcąc przygotować sobie wywoływacz kompletny w większej ilości, należy wymiareczkowane wyciągi i roztwory zmieszać w następującej kolejności:

wyciąg eterowo-alkoholowy z serca wolego + alkohol 96% w tej samej ilości;

do tego wlewa się dawkę 0,5% cholesterolu, obliczoną z miareczkowania — przy odlaniu tej samej ilości rozcieńczonego wyciągu eterowo-alkoholowego;

w końcu dolewa się obliczoną dawkę alkoholowego roztworu żywicy benzoesowej — po odlaniu tej samej ilości rozcieńczonego wyciągu zmieszanego już z cholesterolem.

W ten sposób przygotowany wywoływacz w postaci zagęszczonej, utrzymuje się w ciemnej flaszce, w ciepłocie pokojowej przez długi czas (obserwacja 1-roczna) bez zmian.

Rozcieńczanie wywoływacza: przed wykonaniem odczynu wywoływacz rozcieńcza się w 3% roztworze chlorku sodowego, dodając na 1 część wywoływacza 14 części 3% NaCl. Odpowiednią ilość 3% NaCl i wywoływacza ogrzewa się oddzielnie w probówkach albo w kolbkach, na łaźni wodnej o ciepłocie 40—56° przez 10 minut, po czym do probówki zawierającej ogrzany wywoływacz wlewa się odpowiednią ilość ogrzanego rozczynu 3% NaCl, a celem dokładnego wymieszania, przelewa się gotowy już rozcieńczony wywoływacz 3-krotnie z probówki do probówki.

Otrzymana zawiesina przedstawia się jako płyn mleczny, przejrzysty.

Rozcieńczony wywoływacz nadaje się do użytku najlepiej dopiero po upływie 5 minut od zmieszania 3% chlorku sodowego z wywoływaczem macierzystym. Wymaga on zatem pewnego czasu, niejako dojrzenia. Jak dotychczasowe spostrzeżenia wykazują, gotowy już wywoływacz po upływie 5—25 minut po dodaniu 3% NaCl nadaje się do użytku. Użyty wcześniej dość często daje odczyn słabszy, a nawet ujemny.

Nastawianie odczynu z surowicami: wobec użycia 3% NaCl przy rozcieńczeniu wywoływacza, odczyn nastawiałem z surowicami czynnymi, dodając do 0,1 cm³ surowicy badanej, 0,5 cm³ wywoływacza, najwcześniej po upływie 5 minut od chwili rozcieńczenia go 3% chlorkiem sodowym.

Równocześnie dla kontroli do drugiej probówki 0,1 cm³ surowicy badanej, 2 krople formaliny i 0,5 cm³ rozcieńczonego wywoływacza.

Do odczynu nadają się tylko surowice czyste; natomiast surowice hemolityczne, zawierające barwiki żółciowe i połączenia tłuszczowe, mogą utrudniać odczytanie wyniku.

Przy każdej serii badań mieszano 0,5 cm³ rozcieńczonego wywoływacza z 1,0 cm³ 3% NaCl, jako kontrolę wywoływacza.

Każdą probówkę po dokładnym ręcznym wstrząśnięciu pozostawia się w ciepłocie pokojowej. Już po upływie 1 godziny występuje zmętnienie, a po 4—5 godzinach skłaczkowanie, które po 24 godzinach ostatecznie się ustala. Końcowy więc wynik odczynu należy odczytywać po 24 godzinach.

Przy nastawianiu odczynu z płynami mózgowo-rdzeniowymi, zamiast 0,1 cm³ bierze się 0,5 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, a do drugiej probówki 0,25 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego z dodatkiem 0,25 cm³ fizjologicznego rozczynu chlorku sodowego; przy próbie kontrolnej również bierze się 0,5 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego. Poza tym technika nastawiania nie różni się niczym od techniki przy badaniu surowicy.

Odczyn dodatni przedstawia się podobnie, jak w odczynie zmętnienia Meinickego, jako strąt drobno-ziarnisty, niekiedy drobno-kłaczkowy, rozpadający się przy wstrząsaniu; zależnie od nasilenia odczynu strąt ten jest bardziej lub mniej obfity, przy czym równocześnie płyn wyjaśnia się silniej lub słabiej.

Próba kontrolna, zawierająca surowicę albo płyn mózgowordzeniowy, nie zmienia się, podobnie jak w ujemnym odczynie.

Kontrola wywoływacza przedstawia się jako zawiesina jednostajnie mleczna, przejrzysta, nie zawierająca kłaczków.

Celem bliższego poznania wartości metody przeze mnie zmodyfikowanej, tj. określenia jej swoistości i czułości, wykonałem badania porównawcze z klasycznym odczynem Bordet-Wassermanna i odczynem zmętnienia Meinickego. Materiał opracowany, pochodzący z Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej U. J. K. i z Państwowego Zakładu Higieny we Lwowie obejmuje 1.000 surowic z klinicznym rozpoznaniem kiły. Ponadto użyłem 300 surowic kontrolnych z różnych przypadków chorobowych (szczegółowy wykaz przy wynikach kontrolnych). Oprócz surowic, również przebadałem porównawczo 25 płynów mózgowo-rdzeniowych.

Surowice kiłowe

Ogólne zestawienie odczynów uzyskanych z surowicami kiłowymi przedstawia się następująco:

B. Wa.		*M. T. R.*			*M. L.*		
		+	±	—	+	±	—
+ *)	207	179	9	19	177	6	24
±	12	3	5	4	2	5	5
—	781	12	1	768	12	—	769
zgodność =		95,2%			95,1%		

*) znakiem + objęto wyniki +++, ++, +.

Jak widzimy, odczyny kłaczkujące wykazują wysoką zgodność w stosunku do *B. Wa.* i pod tym względem zachowują się niemal identycznie, skoro różnica w zgodności dochodzi zaledwie do 0,1%.

Jeśli porównamy wyniki odczynów *M. T. R.* i *M. L.* ze sobą,

M. T. R.		*M. L.*		
		+	±	—
+	194	180	4	10
±	15	3	5	7
—	791	8	2	781
zgodność =		96,6%		

widzimy, że są one bardziej zgodne w stosunku do siebie, aniżeli do odczynu *B. Wa.*

Jak to już wielokrotnie stwierdzono, zgodność odczynów kłaczkujących z odczynem *B. Wa.*, zależy poza względami technicznej natury, również od okresu chorobowego, w którym badanie surowicy wykonano. Wyniki niniejsze potwierdzają to w zupełności.

Porównując zachowanie się odczynu *M. T. R.* i *M. L.* z surowicami pochodzącymi z poszczególnych okresów i postaci chorobowych

	liczba surowic	liczba zgodn. odczynów z *B. Wa.* *M. T. R.*	*M. L.*
Kiła I-rzędna	115	105	108
„ II-rzędna	107	99	101
„ III-rzędna	37	34	35
„ utajona	690	666	660
„ wrodzona	14	13	12
„ mózg.-rdz.	21	20	20
„ zm. przykiłowe	16	15	15

widzimy, że oba odczyny dają niemal równie zgodne wyniki w stosunku do odczynu *B. Wa.;* może nieznacznie tylko *„Modyfikacja lwowska"* przy kile I, II i III-rzędnej zbliża się bardziej do *B. Wa.*, przeciwnie zaś *M. T. R.* przy kile utajonej.

Również odczyny, wykonane z surowicami z przypadków nieleczonych i leczonych,

	liczba zgodn. odczynów z *B. Wa.* *M. T. R.*	*M. L.*
na 531 przypadków nieleczonych	506	502
na 469 przypadków leczonych	446	449

wykazują tylko drobne odchylenia pomiędzy *M. L.* a *M. T. R.;* z surowicami z przypadków nieleczonych nieco większa zgodność w stosunku do klasycznego odczynu *B. Wa.* przypada dla odczynu *M. T. R.*, na odwrót z surowicami z przypadków leczonych dla *M. L.*

Surowice kontrolne

Do prób kontrolnych użyłem 300 surowic, z czego przypada na ciążę 72, toczeń pospolity 84, dur osutkowy 36, dur brzuszny 31, twardziel 30, czerwonkę 4, gruźlicę płuc 2, wrzód miękki 10, rzeżączkę 3, nowotwory 4, zmiany systemu krwionośnego 3, inne zaburzenia chorobowe 21.

Zachowanie się tych surowic w poszczególnych odczynach przedstawia się następująco:

B. Wa.		*M. T. R.* +	±	—	*M. L.* +	±	—
+	11	5	—	—	3	—	—
±	—	—	—	—	—	—	—
—	289	—	—	295	1	—	296

Z porównania wypada, że na 11 dodatnich odczynów *B. Wa.* przypada 5 dodatnich *M. T. R.*, a 4 *M. L.*

Zauważyć przy tym należy, że 1 surowica pochodząca z osoby ciężarnej, 1 surowica z przypadku twardzieli i 1 z przypadku tocznia pospolitego, w wszystkich trzech metodach dała wynik dodatni, co przemawiałoby za tym, że w tych trzech przypadkach, obok rozpoznań klinicznych, ma się do czynienia z zakażeniem kiłowym.

Dwie surowice (1 ciąża, 1 twardziel) dały równocześnie dodatni odczyn *M. T. R.* i *B. Wa.*, czyli wszystkie dodatnie odczyny z surowicami kontrolnymi przy odczynie *M. T. R.* zachowują się zgodnie z odczynem *B. Wa.;* natomiast 1 surowica (ciąża) z dodatnim wynikiem przy *M. L.* dała ujemny wynik tak przy *B. Wa.*, jak przy *M. T. R.*

Pewną nadwyżkę dodatnich wyników stwierdza się przy odczynie *B. Wa.* (2 dur brzuszny, 1 twardziel, 3 toczeń pospolity), którą by można przyjąć na karb kiły utajonej, przy której to postaci odczyny kłaczkujące wykazują nieco słabszą czułość, na co poniżej zwrócimy jeszcze uwagę.

Z zachowania się więc surowic kiłowych i kontrolnych wynika, iż odczyn *M. L.* i *M. T. R.* wykazują wobec *B. Wa.* tę samą niemal zgodność, czyli że *odczyn M. L. pod względem swoistości nie ustępuje odczynowi M. T. R.*

Poza swoistym zachowaniem się, należało również zwrócić uwagę na wartość omawianych metod pod względem czułości.

	liczba surowic	*B. Wa.* +++	++	+	*M. T. R.* +++	++	+	*M. L.* +++	++	+
Kiła I-rzędna	115	50	4	3	43	7	4	44	7	4
„ II-rzędna	107	34	3	2	34	4	2	36	1	3
„ III-rzędna	37	11	1	—	7	2	1	10	—	1
„ utajona	690	69	7	8	53	11	12	45	13	12
„ wrodzona	14	8	—	—	6	1	2	7	2	1
„ mózgowo-rdzeniowa	21	3	—	—	2	—	—	2	—	—
„ zmiany przykiłowe	16	4	—	—	3	—	—	2	—	1

Pod względem więc czułości odczyn *M. L.*, zwłaszcza przy kile I, II i III-rzędnej niemal nie różni się od odczynu *M. T. R.;* nieco silniejsze osłabienie czułości odczynu *M. L.* występuje przy kile utajonej, przy której to postaci największa liczba dodatnich odczynów przypada na *B. Wa.*, miejsce pośrednie zajmuje *M. T. R.*, a najniższą liczbę dodatnich odczynów wykazuje *M. L.*

Odczyny więc *M. T. R.* i *M. L.* posiadają przy surowicach pochodzących z utajonej postaci kiły niższą czułość, aniżeli *B. Wa.*, czym różniłyby się od odczynu Sachsa-Georgiego (Gąsiorowski (5)) i Sachsa - Witebsky'ego II (Schirnwindt (30)), wykazujących wyższą czułość przy kile utajonej.

Porównując czułość odczynów uzyskanych z surowicami z przypadków nieleczonych i leczonych

a) *przypadki nieleczone:*

	liczba surowic	*B. Wa.* +++	++	+	*M. T. R.* +++	++	+	*M. L.* +++	++	+
Kiła I-rzędna	82	37	3	2	35	5	3	34	5	3
„ II-rzędna	58	26	1	—	24	4	1	27	—	1
„ III-rzędna	31	8	—	—	5	2	—	7	—	1
„ utajona	319	40	3	2	32	5	4	30	5	2
„ wrodzona	10	5	—	—	3	1	1	5	1	—
„ mózgowo-rdzeniowa	17	3	—	—	2	—	—	2	—	—
„ zmiany przykiłowe	14	3	—	—	2	—	—	2	—	—

b) *przypadki leczone:*

	liczba surowic	*B. Wa.* +++	++	+	*M. T. R.* +++	++	+	*M. L.* +++	++	+
Kiła I-rzędna	33	13	1	1	8	2	1	10	2	1
„ II-rzędna	49	8	2	2	10	—	1	9	1	2
„ III-rzędna	6	3	1	—	2	—	1	3	—	—
„ utajona	371	29	4	6	21	6	8	16	7	10
„ wrodzona	4	3	—	—	3	—	1	2	1	1
„ mózgowo-rdzeniowa	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ zmiany przykiłowe	2	1	—	—	1	—	—	—	—	1

widzimy, że odczyn *M. L.* jest nieco czulszy od *M. T. R.* tylko w kile I i III-rzędnej leczonej, poza tym, jak już poprzednio wspomniałem, odczyny *M. L.* wykazują pewne, jakkolwiek nieznaczne tylko obniżenie czułości z surowicami z przypadków kiły utajonej.

Płyny mózgowo-rdzeniowe

Badania obejmują zaledwie 25 przypadków (porażenie postępujące 3, wiąd rdzenia 1, kiła mózgowo-rdzeniowa 6, kiła utajona 8, brak rozpoznania w 7 przypadkach), gdzie z powodu skąpej ilości materiału musiałem ograniczyć się tylko do odczynu *B. Wa.* i *M. L.*

W 6 przypadkach otrzymałem dodatni wynik przy obu metodach, reszta próbek (19) dała wynik ujemny tak przy *B. Wa.*, jak *M. L.* Zgodność więc dochodzi tutaj do 100%. Skąpy materiał nie pozwala na wysnucie dalej idących wniosków.

*

Z przedstawionych wyników wysnuwa się następujące wnioski:

1. Odczyn zmętnienia Meinickego (*M. T. R.) i Modyfikacja lwowska (M. L.)* wykazują z surowicami kiłowymi i płynami mózgowo-rdzeniowymi wysoką zgodność z odczynem Bordet-Wassermanna *(B. Wa.),* czyli *zachowanie się opisanych odczynów kłaczkujących jest swoiste i w stosunku do odczynu* Bordet-Wassermanna *przedstawia się niemal identycznie.*

2. Z surowicami, pochodzącymi z *poszczególnych okresów chorobowych,* oba odczyny w stosunku do odczynu Bordet-Wassermanna dają niemal równie zgodne wyniki, przy czym odczyn *M. L.* bardziej zbliża się nieco do *B. Wa.* przy kile I, II i III-rzędnej, *M. T. R.* zaś przy kile utajonej.

3. Również prawie identycznie przedstawia się zgodność wyników przy odczynie *M. T. R.* i *M. L.* tak z *surowicami pochodzącymi z przypadków nieleczonych,* jak również z *przypadków leczonych.*

4. Podobnie *pod względem czułości odczyn M. L.* przy kile I, II i III-rzędnej *nie różni się niemal* od *M. T. R.:* nieznaczne tylko osłabienie czułości stwierdza się przy obu odczynach kłaczkujących z surowicami pochodzącymi z przypadków kiły utajonej.

5. Z dotychczasowych więc badań wynika, że *Modyfikacja lwowska (M. L.) pod względem swoistości i czułości nie ustępuje metodzie zmętnienia* Meinickego *(M. T. R.), dzięki czemu stanowi równowartościowe uzupełnienie odczynu* Bordet-Wassermanna.

6. Technika wykonywania odczynu *M. L.* jest równie łatwa, jak *M. T. R.*

7. Jeśli chodzi o stronę praktyczną, to sposób przyrządzania wywoływacza *M. L.* jest bardzo prosty i tani, tak iż w każdej pracowni można go łatwo przygotować i w postaci skoncentrowanej przechowywać w zapasie na dłuższy okres czasu bez zmiany; przeciwnie zaś wywoływacz *M. T. R.* jest kosztowny, a sposób przyrządzania bliżej nie opisany.

Piśmiennictwo:

1) Aristoff W. G., Feldmann W. J., Mariasin S. L.: Zbl. f. Bakt., Ref. Bd. 83, S. 364, 1926. — 2) Brandt R.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 34, S. 304, 1922. — 3) Elbert B., Gerkes W.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 53, S. 493, 1927. — 4) Freiwirth E.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 46, S. 157, 1926. — 5) Gąsiorowski N.: Pol. Gaz. Lek., str. 21, 1927; Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 52. S. 138, 1927. — 6) Gaetani G. F. de: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 69, S. 277, 1930—1931. — 7) Georgi W.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 27, S. 518, 1918. — 8) Georgi W.: Zbl. f. Bakt., Ref. Bd. 69, S. 272. 1920. — 9) Georgi W.: Zbl. f. Bakt., Ref. Bd. 69, S. 273, 1920. — 10) Georgi F., Lebenstein H.: Zeitschr. f. Immuntätsf. Bd. 33, S. 563, 1922. — 11) Graetz Fr.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 31, S. 431, 1921. — 12) Guillain, Guy Laroche, Lechelle: Handb. d. path. Mikroorg., III Aufl. Bd. VII. S. 280, 1930. — 13) Hecht H.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 47, S. 520, 1926. — 14) Hilgers W. E.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 41, S. 152, 1924. — 15) Hotta Kazuo: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 45, S. 442, 1926. — 16) Jaisser A.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 24, S. 568, 1916. — 17) Klostermann, Weisbach: Handb. d. path. Mikroorg., III Aufl. Bd. VII, S. 226, 1930. — 18) Kolle, Stiner: Handb. d. path. Mikroorg., III Aufl. Bd. VII, S. 226, 1930. — 19) Laubenheimer K.: Handb. d. path. Mikroorg., III Aufl. Bd. VII, S. 216, 1930. — 20) Meinicke E.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 29, S. 396, 1920. — 21) Meinicke E.: Klin. Woch., S. 1867, 1930. — 22) Ohashi T.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 44, S. 377, 1925. — 23) Plaut T., Kassowitz H.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 66, S. 152, 1930. — 24) Sachs H.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 26, S. 451, 1917. — 25) Sachs H., Georgi W.: Zbl. f. Bakt., Ref. Bd. 69, S. 271, 1920. — 26) Sachs H., Klopstock A.: Zbl. f. Bakt. Or. I, Bd. 93, S. 167, 1924. — 27) Sachs H., Rondoni P.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 1, S. 132, 1909. — 28) Sachs H., Klopstock A., Ohashi T.: Zbl. f. Hyg., Ref. Bd. 10, S. 129, 1925. — 29) Sachs H., Klopstock A., Weil A. J.: Zb. f. Hyg., Ref. Bd. 11, S. 373, 1926. — 30) Schirnwindt L. S.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 77, S. 294, 1932. — 31) Ślopek S.: Pol. Gaz. Lek. Str. 821, 1937. — 32) Steinfeld J.: Klin. Woch., S. 1253, 1930. — 33) Stemshorn W. H.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 49, S. 199, 1927. — 34) Witebsky E.: Zeitschr. f. Immunitätsf. Bd. 62, S. 35, 1929.

Doc. dr Henryk REISS Kraków

Skazy ustrojowe i schorzenia skóry

Nauka o skazach ustrojowych w dermatologii poucza o wpływie tkanek i soków ustrojowych na skórę. Skazy są to cechy więzi ustroju, wrodzone i dziedziczne, jako cechy przeważające lub ustępujące. Polegają one na pewnych osobliwych, dla danej skazy znamiennych nieprawidłowościach w przyswajaniu, które bywają zwykle bardzo nieznaczne, a jednak wystarczają na to, by uczynić ustrój podatnym na pewne choroby danej skazie właściwe oraz, co więcej, skazy te nadają zmianom chorobowym właściwe im piętno i właściwy im przebieg. A zatem: podatność na schorzenia i charakterystyczny obraz schorzenia. Ponieważ skazy kształtują się już w życiu płodowym, przeto rzecz jasna, że wpływają na rozwój poszczególnych narządów; stąd pewnym zaburzeniom czynnościowym i wadliwemu przyswajaniu towarzyszą nieraz pewne stałe zmiany organiczne, również danej skazie właściwe. Stąd też zalicza się do skaz takie sprawy, jak np. łojotok, który polega na jakościowym i ilościowym rozroście gruczołów łojowych itp.

Mogą jednak powstawać stany ustrojowe, odpowiadające skazom, dzięki pewnym trwałym zaburzeniom, wywołanym już w życiu pozapłodowym. Mogą one nastawać po uszkodzeniu układu dokrewnego, a i układu nerwowego współczulnego, przy czym czynnikiem uszkadzającym mogą być jady chorób zakaźnych, bądź schorzenia organiczne (np. nowotworowe), wreszcie urazy mechaniczne, jak np. zabiegi operacyjne. Istnieje zapatrywanie, wobec częstego skojarzenia gruźlicy i łojotoku, że skaza łojotokowa może być też następstwem sprawy gruźliczej, a więc skażeniem, skazą nabytą. Według tego mniemania, należało by zatem umieścić tę sprawę w dziale endokrynidów. Można jednak również przypuścić, że to właśnie *wrodzona* skaza łojotokowa usposabia, za pośrednictwem zmienionego chemicznie ustroju, do gruźlicy — i że *tym* właśnie można tłumaczyć częste skojarzenia gruźlicy i skazy łojotokowej.

W nauce o chorobach skórnych mają skazy ogromne znaczenie. Jeśli stwierdzamy, że jedne i te same zarazki chorobotwórcze wywołują na skórze *rozmaitych* osobników, wykwity chorobowe o typie *niejednolitym,* to dzieje się to właśnie dzięki odmiennym osobniczym cechom konstytucjonalnym skóry. Cechy więzi ustrojowej danego narządu, są oczywiście przejawem ogólnego stanu więzi danego ustroju. Na pojęcie stanu konstytucjonalnego składa się szereg właściwości anatomicznych i biologicznych.

Cechy te wykazują u rozmaitych osobników pewne, choć drobne różnice, gdyż nie ma osobników bezwzględnie sobie równych. Dopóki te różnice wahają się w granicach prawidłowych, stanowią one o różnorodnych typach konstytucjonalnych (*status constitutionalis).* Skoro jednak tylko ujawnią się u jakiegoś osobnika w takim stopniu, że wykraczają poza normy fizjologiczne, mówimy już o skazach *(diathesis);* wtedy bowiem podatność na schorzenia przybiera cechy patologiczne. Można by orzec, że stan konstytucjonalny *piętnuje* przede wszystkim przebieg cierpienia, a skaza ustrojowa stwarza ponadto wyraźną nań podatność.

Nauka o rozmaitych skazach stanowi odrębny dział nowoczesnej dermatologii. Rzecz jasna, że skaza nie może dotyczyć samej tylko skóry, ale dotyczy całego ustroju; siedzibą jej są wszystkie tkanki, a oznaką jej wszystkie przejawy biologiczne. Atoli może ona (może nie tylko dzięki specjalnej dyspozycji, ale także i ekspozycji) objawiać się na skórze, stwarzając odpowiednie podłoże skórne, podatność terenu, na którym choroba się rozwija. Ten wpływ swój na skórę wywiera ustrojowa skaza drogą odżywiania skóry, zatem drogą krwi. Dlatego też u osób z chorobami skórnymi, które się rozwinęły na tle pewnych skaz, zachodzą zmiany w chemizmie krwi, zmiany dla danej skazy charakterystyczne. Ten zmieniony obraz chemiczny krwi jest więc stałym czynnikiem pośredniczącym między skazą

ogólno-ustrojową, a skórą i on to właśnie stwarza podatność podłoża skórnego, dzięki temu, że doprowadzane są do skóry z obiegiem krwi substancje o składzie nieprawidłowym. Chodzi tu nie tylko o nieprawidłowy skład chemiczny dostarczanych przetworów, ale także o nieprawidłową ich ilość w całości oraz o odmienny ich wzajemny stosunek ilościowy, choćby one miały skład prawidłowy. Omawiając zatem skazy w dermatologii, zwrócić trzeba uwagę na trzy czynniki, które odzwierciedlają pojęcie skazy ustrojowej co do skóry i stanowią trzy części składowe tego stanu biologicznego:

1) *samą istotę skazy* (zaburzenia w układzie dokrewnym oraz ściśle z tym związane wady anatomiczne),

2) *czynnik pośredniczący*, za pomocą którego istota skazy wywiera swój wpływ na powłoki skórne, stwarzając tzw. podatność podłoża. Takim czynnikiem pośredniczącym są bezpośrednie następstwa zaburzeń w układzie dokrewnym, które tu stanowią trwałą właściwość ustroju, a więc zaburzenia przyswajania i przez to zmieniony skład chemiczny krwi, czy osocza, zaburzenia w układzie wegetacyjnym, nieprawidłowości w procesach fermentacji,

3) wskutek trwałego działania czynnika pośredniczącego, wytwarza się wreszcie *podatność podłoża* na różne cierpienia, dla danych skaz właściwe. O ile sama istota skazy nadaje rozmaitym schorzeniom piętno charakterystyczne w ogólnym zakresie (np. schorzenia łuszczycowate), o tyle od właściwości podłoża zależy szczegółowy rodzaj cierpienia (łuszczyca, choroba Unna'y, przyłuszczyca itp.).

I tak np. w przypadkach skazy epidermolitycznej, *istotę* skazy stanowi nieznana jeszcze przyczyna, tkwiąca niezawodnie w układzie dokrewnym, a wywołująca zaburzenia w chłonieniu chlorków i w wydzielaniu wody. W następstwie tego jest *czynnikiem pośredniczącym* zatrzymanie chlorków we krwi, a *podatność podłoża* jest wyrażona skłonnością do obrzęków tkanek (*hydratation)*, nadmiarem chlorków w skórze i skłonnością do napadowej epidermolizy z objawem Nikolskiego (objawy kliniczne: pęcherzyca pospolita lub objawy w przebiegu tzw. epidermolizy dziedzicznej Köbnera).

Inny przykład stanowi skaza parakeratotyczna, gdzie istotą skazy jest zaburzenie pierwotne w układzie dokrewnym (przysadka, tarczyca, grasica); następstwem tego jest wadliwe przyswajanie, wadliwy skład chemiczny krwi, wyrażony przez zaburzenia w przemianie cholesteryny i białka (czynnik pośredniczący). Natomiast podatność podłoża polega tu na przetłuszczeniu naskórka, uszkodzeniu przemiany keratohyalinowej i skłonności do niezupełnego rogowacenia (parakeratozy). Że przetłuszczenie skóry i naskórka może stwarzać skłonność do parakeratozy, wynika to z badań doświadczalnych, polegających na sztucznym wprowadzaniu różnych ciał tłuszczowych do skóry. Udawało się w ten sposób naśladować naturalny bieg rzeczy, jaki zachodzi w chorobach skóry na tle jej przetłuszczenia (schorzenia łuszczycowate).

Spośród innych skaz przytoczyć można skazę hiperkeratotyczną (przykłady objawów klinicznych: *ichtyosis, erythrodermia ichtyosiformis)*, akantotyczną *(lichen ruber planus, acanthosis nigricans)*, skojarzoną akantotyczno-hiperkeratotyczną *(lichen ruber planus corneus, lichénification circonscripte nodulaire chronique)*, wypryskową (zapalenia skórno-naskórkowe o cechach wyprysku), skojarzoną wypryskowo-hiperkeratotyczną (*eczema corneum)*, wysiękowo-wypryskowatą (u dzieci zwykle *crusta lactea*, u dorosłych *prurigo diathésique Besnier)*, skojarzoną wypryskową z wysiękowo-wypryskowatą, skojarzoną akantotyczno-parakeratotyczną (niektóre postacie *parapsoriasis, lichen ruber planus psoriasiformis)*, skojarzoną wypryskowo-parakeratotyczną (niektóre postacie erytrodermii, choroba Unna'y powikłana wypryszczeniem, różne wypryski parakeratotyczne), skojarzona parakeratotyczna z wysiękowo-wypryskowatą (choroba Unna'y ze zliszajowaceniem, niektóre postacie przejściowe między chorobą Unna'y a *neurodermitis* itp.), skazę łojotokową (*acne vulgaris, alopecia seborrhoica)*, zanikową *(sclerodermia, acrodermatitis atrophicans)*, sarkoidalną (*tuberculosis indurata, maladie Boeck-Besnier*, sarkoidy Darier-Roussy). W skazie sarkoidalnej ulega, jak się zdaje, układ siateczkowo-śródbłonkowy (u. s.-ś.) wyraźniejszym uszkodzeniom, aniżeli w objawach chorobowych na tle innych skaz powstałych; stąd większość tych spraw na tle skazy sarkoidalnej zalicza się do tzw. *reticulo-endothelioz*.

Zatem u osób jedną i tą samą skazą obarczonych, a jednak w zależności od różnic w podłożu skórnym (które może się zmieniać okresami i zależnie od okolicy skóry) mogą się pojawiać różnorakie wykwity skórne. Te wykwity mogą się albo grupować obok siebie, stanowiąc dość różnorodne objawy kliniczne, albo też mogą się pojawiać kolejno po sobie (w ten sposób np. może obraz pewnego cierpienia skórnego, w miarę swego trwania, przeobrazić się w inny, choć pokrewny rodzaj cierpienia, np. choroba Unna'y w łuszczycę lub na odwrót), dalej może jakiś objaw kliniczny częściowo lub całkowicie ustąpić, a po pewnym czasie dać początek innym, choć pokrewnym objawom, wreszcie, co często bywa, powstawać mogą objawy przejściowe, charakterystyczne pojawianiem się *wykwitów przejściowych*. Te wykwity przejściowe mogą polegać albo na zespoleniu pewnych cech, dla danej skazy właściwych (np. wykwity przejściowe między łuszczycą, a chorobą Unna'y), albo też mogą, w razie skojarzenia pewnych skaz, nosić piętno właściwości skaz skojarzonych (np. wykwity przejściowe między łuszczycą a liszajem czerwonym płaskim, *lichen ruber psoriasiformis* itp.).

Skojarzenia skaz zdarzają się bardzo często w dermatologii, jak to wynika ze spostrzeżeń klinicznych i szczegółowych badań.

Rola biologiczna podłoża skórnego, jak wynika z wyżej przytoczonych uwag, bywa znaczna. Albowiem podłoże, jakkolwiek związane z ogólnymi właściwościami ustroju, jest mimo to przejawem pewnej *samodzielności konstytucjonalnej* skóry, a zatem także pewnej niezależności od czynnika pośredniczącego. Jak to wyżej zaznaczono, w zakresie jednej i tej samej skazy mogą istnieć różnice kliniczne i biologiczne pomiędzy zespołami objawów chorobowych i o tych różnicach rozstrzyga właśnie podłoże, które do pewnego stopnia odgrywa samodzielną rolę w patogenezie i histobiologii spraw chorobowych. Jeśli sobie uprzytomnimy, że zarówno nieprawidłowości w przyswajaniu (czynnik pośredniczący), jak i biochemizm tkanki (podłoże), mogą przedstawiać całą skalę wahań, zarówno co do stopnia nasilenia (*quantitudo)*, jak i co do rozmaitości (*qualitudo)* — nietrudno będzie zdać sobie sprawę, że istnienie postaci *przejściowych* w obrazach chorobowych jest czymś zupełnie naturalnym i że w większości przypadków nie można zamykać objawów chorobowych w ciasnych ramach „jednostek" i że niejednokrotnie „spory diagnostyczne" nad łóżkiem chorego muszą budzić uśmiech pobłażania.

Obrazy przejściowe bywają zjawiskiem częstym w chorobach skórnych. Jeśliby się chciało w dermatologii dysponować stale kategoriami jednostek chorobowych, napotykano by nieraz na znaczne trudności w odgraniczaniu od siebie poszczególnych obrazów chorobowych i określaniu ich, jako pochodzenia takiego, a nie innego. Jeśli chodzi zwłaszcza o schorzenia na tle różnych skaz powstałe, gdzie więc najbardziej istotną rzecz stanowi *patogeneza*, można się na nie w praktyce zapatrywać tylko z tego punktu widzenia i uważać je nie za jednostki chorobowe, lecz za zespoły objawów; różnice w wejrzeniu, patogenezie i przebiegu w poszczególnych wypadkach, zależą tu tylko od indywidualnego sposobu oddziaływania skóry na rozmaite bodźce.

O właściwości podłoża biologicznego skóry rozstrzyga w dużej mierze sprawność układu siateczkowo-śródbłonkowego. Rola tego układu jest także wyrazem pewnej samodzielności konstytucjonalnej skóry, a ujawnia się w sposób widoczny w patogenezie schorzeń skóry. Tę pewną niezależność podłoża od czynnika pośredniczącego można było stwierdzić badaniami doświadczalnymi, a to przede wszystkim sztucznym blokowaniem układu siateczkowo-śródbłonkowego skóry. Układ ten jest siedliskiem czynności biologicznych, zwłaszcza w odżywianiu i odporności, jest najważniejszym ośrodkiem mechanizmu oddziaływania skóry na bodźce.

Rozpoznawanie skaz opiera się tylko w nieznacznym stopniu na wejrzeniu klinicznym wykwitów chorobowych. Rozstrzygające dane uzyskuje się oznaczaniem czynnika pośredniczącego, tj. badaniem krwi, zwłaszcza badaniem chemicznym, poza tym także i cytologicznym. Dla niektórych skaz bywają znamienne takie a nie inne nieprawidłowości w składzie krwi; rzecz jasna, że w razie istnienia skaz skojarzonych bywa obraz krwi charakterystyczny i dla tej i dla tamtej skazy i to w stopniu odpowiadającym przewadze tej, czy innej skazy. I tak z ważniejszych nieprawidłowości w składzie, czy też innych właściwości krwi można wymienić: zmniejszenie ilości cukru, zmniejszenie lub zwiększenie ilości wapnia, nadmiar cholesteryny, niestosunek cholesteryny wolnej do estrów cholesterynowych, cholesteryny do fosfatydów, nadmiar chlorków, nadmiar kwasu moczowego, zwiększenie ilości jonów sodu przy równoczesnym zmniejszeniu ilości jonów wapnia i magnezu, upośledzenie zdolności wiązania kwasu salicylowego, zmiany w odczynie fizykalnym krwi (oznaczane stężeniem jonów wodorowych (pH) lub rezerwy alkalicznej), zmiany cytologiczne we krwi, zaburzenia w układzie wegetacyjnym (wagotonia, sympatykotonia itd.).

Ze sposobów badań *podłoża* skórnego należy wymienić określenie warunków anatomicznych (gęstość rozmieszczenia gruczołów skórnych, szerokość ujścia torebek włosowych), badanie natłuszczenia naskórka, oznaczanie stężenia jonów wodorowych na powierzchni powłok, czy też w poszczególnych ich warstwach,

badanie wrażliwości naskórkowej (tzw. próbami płatkowymi) i skórnej (próbami doskórnego wstrzykiwania przetworów farmakodynamicznych), co wchodzi także w zakres badania sprawności u. s.-ś., badanie pisma skórnego (*dermographismus*) itp.

Do badania *istoty skazy* służą sposoby badania układu dokrewnego; pewne wskazówki w tej mierze uzyskuje się już badaniem nerwowego układu wegetacyjnego.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE

Prof. dr W. REIS Lwów

XV Międzynarodowy Zjazd Okulistyczny w Kairze (8—14 grudnia 1937 r.)

Dokończenie

Trzeci referent, Imre z Budapesztu, omawiał stosunek, jaki zachodzi między *gruczołami rozrodczymi* jako gruczołami dokrewnymi, a rozmaitymi *objawami ocznymi*.

Każda tkanka oka może pozostawać w związku przyczynowym z gonadami.

Okresowe podspojówkowe krwotoki, *keratitis phlyctaenulosa* wykazują często zależność od miesiączkowania, a wówczas organoterapia jest jedynym skutecznym środkiem leczniczym.

Zdaniem Imrego, zagadnienie stożkowatości rogówki jest również jawnym objawem zaburzeń w gruczołach dokrewnych. Uporczywa *keratitis filamentosa* występuje często u kobiet z zaburzeniami jajników lub też na początku okresu przekwitania. *Erosio corneae recidivans* lub przewlekła *iridochorioiditis* może być także uważana jako objaw zaburzeń czynnościowych gruczołów rozrodczych. Także powstawanie jaskry może być, według Imrego, zależne od sprawności gonad, zwłaszcza w przypadkach badanych przez Imrego, produkcja folikuliny była nadzwyczaj niska. Również zaćma i zwyrodnienie barwikowe siatkówki mogą pozostawać w związku z zaburzeniami w wydzielaniu folikuliny.

Zaburzenia nadnerczy, powodujące zmiany w wydzielaniu adrenaliny, mogą także wpływać na powstawanie zmian w oczach. W chorobie Addisona często obok ciemniejszego zabarwienia skóry na całym ciele, znajdujemy także silne zabarwienie powieki górnej. Zmiany w odruchach źrenic widzi sie w chorobie Addisona. Usunięcie doświadczalne nadnerczy powoduje zwężenie źrenicy.

Kilkakrotne zakraplanie adrenaliny w normalnym roztworze 1:1000 powoduje rozszerzenie źrenicy w przeciągu 30 minut. U chorych na jaskrę, wzmożona wrażliwość na działanie adrenaliny może być nawet dziedziczna. Ciąża powoduje poważne zmiany w równowadze gruczołów dokrewnych. Czynność tarczycy jest ożywiona, nierzadko gruczoł ten nawet przerasta. Przysadka mózgowa może ulec powiększeniu i powodować zmiany czynnościowe w nerwie wzrokowym.

Referat na temat *„przysadka mózgowa i oko“* wygłosił Jeandelize z Lyonu. W wykładzie swym z góry zaznaczył, że sprawy nowotworowe nie są objęte jego sprawozdaniem. Z danych fizjologicznych zwrócił Jeandelize uwagę na nowsze badania, które stwierdzają wpływ czynności wzrokowych na fizjologię przysadki. Udowodniono, że wpływ światła stanowi bodziec dla całego układu dokrewnego za pośrednictwem przysadki.

Koller i Rodewald wykazali u żab i niektórych ryb wytwarzanie się pod wpływem światła hormonu barwikowego za pośrednictwem przysadki. Ona to może pod wpływem światła wywierać pewien wpływ na pobudzenie czynności płciowych. W zakresie fizjologii oka może przysadka wywierać pewien wpływ na ciśnienie tętnicze i żylne naczyń siatkówki na pole widzenia, zachowanie się barwika siatkówkowego, na wytrzeszcz gałki, źrenicę i ciśnienie śródgałkowe.

Z patologii oka, pozostającej pod wpływem przysadki, wymienić należy schorzenie Lawrence-Biedla ze zwyrodnieniem barwikowym siatkówki, które najprawdopodobniej powstaje wskutek niedomogi przysadki mózgowej. Także krwotoki powrotne mogą być zależne od wpływów przysadki.

Pomijając sprawy nowotworowe, mogą zaburzenia w czynności przysadki wywoływać następujące objawy oczne: 1) wytrzeszcz gałki, 2) zwężenie pola widzenia, 3) nadciśnienie w tętnicach siatkówkowych, 4) lekki obrzęk tarczy nerwu wzrokowego bez podwyższenia ucisku śródczaszkowego.

Co się tyczy mechanizmu oddziaływania na narząd wzrokowy, to przyjąć można dwie hipotezy. Jedną, która głosi, że produkty wydzielania mogą wywierać pewien wpływ na narząd wzrokowy za pośrednictwem różnych metabolizmów i zmiany równowagi neuro-wegetatywnej. Drugą, może bardziej przystępną, która tłumaczy, że największa część tego oddziaływania może powstawać na skutek zwiększania się objętości przysadki, która uciskając na skrzyżowanie lub zatokę jamistą, może wywoływać znaczne zmiany w nerwowym i naczyniowym układzie. Widzimy więc, że przysadka wywiera znaczny wpływ nie tylko na narząd wzrokowy, ale i na cały organizm ludzki i że zasłużoną jest nazwa, którą jej nadano w języku francuskim: *hypophyse — grande maitresse de l'organisme!*

Wreszcie ostatni rozdział olbrzymiego tematu: *„gruczoły przytarczowe i oko“* opracował Lo Cascio z Neapolu. Spostrzeżenia kliniczne i badania fizyko-chemiczne ciałka szklistego i soczewki wykazały, że w przypadkach zaćmy przy zajęciu gruczołów przytarczowych (*cataracta parathyreopriva)* zwiększa się zawartość pH we krwi i cieczy wodnej, że poziom chlorków i przewodnictwo elektryczne ulega różnym zmianom, że ilość kwasu askorbinowego i glutationu w soczewce ulega zmniejszeniu, że glikoliza soczewki jest niższą od prawidłowej. Wielkie podobieństwo, a w niektórych przypadkach identyczność przebiegu klinicznego każe z całym prawdopodobieństwem przyjąć jedność etiologiczną i patogenetyczną z zaćmą doświadczalną u zwierząt, których pozbawiono gruczołów przytarczowych.

Zabiegi lecznicze, jak leczenie hormonalne i wapniowe nie są w stanie spowodować cofnięcia się zaćmień, ale mogą wstrzymać dalszy ich rozwój.

W uzupełnieniu głównego tematu wygłoszono szereg dalszych wykładów.

Schupfer z Florencji omówił dwa przypadki jednostronnej *retinitis pigmentosa.*

Pascheff podał kilka uwag dotyczących zagadnień ocznych w endokrynologii.

Shimkin z Haify podał sposób operacyjny dla leczenia nieżytu wiosennego.

Rauch z Lipska omówił podstawy doświadczalne dla leczenia zaćmy tężyczkowej lekami.

Z wykładów wolnych wymienię jeszcze następujące:

Taumi z Tallinu przedstawił wyniki operacyjne osiągnięte w przypadkach astygmatyzmu.

Lindner z Wiednia omówił zagadnienie kliniczne. dotyczące ciałka szklistego.

Melanowski z Warszawy wygłosił wykład o roli łez w fizjologii i patologii rogówki.

Kestenbaum z Wiednia podał dalsze uzupełnienie dla rozpoznawania i umiejscowienia ognisk mózgowych przy istniejącej hemianopsji.

Z okulistów polskich wygłosili jeszcze wykłady: Abramowicz, Naróg, Szymański i Zachert.

Tego dnia, tj. poniedziałek 13 grudnia późno wieczorem zakończono wykłady. O godz. 22. odbył się uroczysty raut pożegnalny w salach recepcyjnych hotelu Semiramis, wydany przez prezydenta Rady Ministrów.

We wtorek, dnia 14 grudnia, w ostatni dzień zjazdowy, pokazano nam szósty z rzędu szpital okulistyczny w Kairze pod nazwą Rod-El-Farag (18 okulistów jest stale w szpitalu zajętych). W poprzedzające dnie zwiedziliśmy bowiem następujące szpitale: w niedzielę przed południem na początek zbiorowej wycieczki po mieście byliśmy w wielkim szpitalu okulistycznym (15 lekarzy) i laboratorium okulistycznym (6 lekarzy) w Guizeh, zwiedziliśmy oddział oczny szpitala Kasr-El-Aini (8 lekarzy), który jest równocześnie kliniką okulistyczną uniwersytetu z profesorem dr Abdul Hamid Soliman Pacha na czele, oddział oczny w szpitalu Fouada I. , a w poniedziałek przed południem ambulatoryjny szpital oczny Nr 1. na Cytadeli i szpital oczny Kalawoun (6 lekarzy).

Każdy z tych szpitali ma 100—200 łóżek dla chorych na oczy

To systematyczne zwiedzanie szpitali okulistycznych, włączone w ścisły program zjazdowy, było celowe. Chciano nas zapoznać z rozwojem szpitalnictwa okulistycznego, aż do czasów najnowszych i chciano nam pokazać, ile zrobiono dla walki z jaglicą i ślepotą w kraju, który jeszcze z końcem ubiegłego stulecia, przedstawiał opłakane stosunki zdrowotne.

Piszą o tym Hirschberg i Fuchs, dwaj luminarze wiedzy okulistycznej, którzy zwiedzali Egipt około r. 1890 i napotykali na ulicach miasta jeszcze ślepców, którzy w liczbie 5 lub 6, powiązani sznurem prowadzeni byli przez ślepego jednookiego.

Rozwój egipskiego szpitalnictwa okulistycznego datuje się od r. 1902, kiedy to na sekcji okulistycznej ogólno-lekarskiego, międzynarodowego zjazdu w Kairze, dyskutowano nad najbardziej

korzystnym sposobem zwalczania rozpowszechnionych chorób ocznych i założono Towarzystwo Okulistyczne w Egipcie.

W r. 1903 przyszedł tym zamierzeniom z wydatną materialną pomocą wielki finansista angielski, Sir Ernest Cassel, który bawiąc jako turysta w Egipcie, wzruszony tym wszystkim, co widział i słyszał, ofiarował 40.000 funtów angielskich, z których odsetki miały być przeznaczone na wykształcenie egipskich lekarzy w leczeniu chorób ocznych. Dotacja ta przewidywała także utworzenie wędrownego szpitala dla odwiedzania odległych od stolicy prowincyj.

Dyrektorem pierwszego stałego szpitala ocznego w Egipcie był Mac Callan, okulista angielski, były szef kliniki okulistycznej w Szpitalu Moorfield w Londynie. Kiedy w r. 1924 Mac Callan wycofał się ze swej działalności publicznej, pozostawił w Egipcie 20 szpitali stałych i 5 ambulatoryjnych. Jego ostatnią kreacją było założenie Memorial Ophtalmic Laboratory z funduszów komisji angielskiej, zawiązanej dla uczczenia pamięci poległych podczas wielkiej wojny Egipcjan.

W dowód wdzięczności wystawiono w r. 1931 popiersie Mac Callana z bronzu w ogrodzie instytutu. Obecnie kierownikiem tej instytucji jest patolog angielski Wilson.

Od r. 1908 powstają w Egipcie liczne szpitale, dotowane nie tylko przez ministerstwo zdrowia, ale także utrzymywane zasiłkiem ministerstwa skarbu przy współudziale publicznych subskrypcyj. Z końcem roku 1922 było tych szpitali 40, a do roku 1937 ilość szpitali ocznych wzrosła do 111. Według spisu umieszczonego w przewodniku zjazdowym, ilość lekarzy okulistów, zajętych w szpitalach ocznych w Egipcie, wynosi 176.

Mimo doskonałej organizacji lecznictwa okulistycznego, choroby oczne i w następstwie ślepota, utrzymują się jeszcze zawsze na wysokim poziomie wśród mieszkańców Egiptu, zwłaszcza wśród Fellachów, którzy stanowią rdzenną ludność Egiptu.

Według zestawień okulistycznych, zaznacza się jednak stale postępująca poprawa. I tak na tysiąc mieszkańców było:

w r. 1907 ślepych na 1 oko — 32; na oba oczy — 13.
w r. 1927 ślepych na 1 oko — 19; na oba oczy — 8.

Ostatnie zestawienie z r. 1927 wykazuje na ogólną liczbę ludności przeszło 14-milionowej:

ślepych na jedno oko: 272.500, na oba oczy: 110.000.

Najważniejszymi przyczynami ślepoty w Egipcie są jaglica i ostre zapalenie nieżytowe spojówek. Jaglica zawsze jeszcze atakuje powyżej 92% ludności tubylczej, powoduje znaczne upośledzenia wzroku wskutek plam i blizn rogówkowych i stanowi usposobienie spojówki do zakażenia się zarazkami, wywołującymi ostre oftalmie. Ważną rolę odgrywa *gonococcus* w powstawaniu ropnych zapaleń spojówek w gorącym klimacie. *Gonococcus* nie jest tutaj pochodzenia wenerycznego, lecz przenosi się z oka na oko za pomocą dotyku albo przy współudziale much, stanowiących w Egipcie prawdziwą plagę.

Widzieliśmy małe dzieci na progu nędznych sklepików w Luxorze, które znosiły na twarzy spokojnie całe roje much, nie odpędzając ich nawet. Chciałem zrobić zdjęcie fotograficzne, ale jakiś tamtejszy obywatel nie pozwolił mi tego uczynić, tłumacząc mi w lichej angielszczyźnie, jaki to wstyd, że takie widoki przedostają się za granicę.

W takich warunkach samo leczenie szpitalne może się wprawdzie przyczynić do zmniejszenia liczby zarażeń, ale nie do wytępienia zupełnego choroby. Dlatego też w parze z leczeniem szpitalnym winno iść uświadomienie szerokich warstw ludności o najprymitywniejszych zasadach higieny.

Z okazji Zjazdu, w tych samych ubikacjach hotelu Semiramis urządzona była *wystawa naukowa i przemysłowa.*

Z wystawy naukowej na uwagę zasługiwały preparaty i fotografie wystawione przez sekcję okulistyczną Wydziału Lekarskiego w Kairze oraz Memorial Ophtalmic Laboratory z Giza, a przedstawiające mało w Europie znane postacie chorobowe, jak trąd powiek, Bilharzia spojówki, *Leishmaniosis* powiek itp.

Okulistka Francis Richman z Nowego Jorku wystawiła kilkadziesiąt obrazów wziernikowych, przedstawiających zmiany krwotoczne na dnie oka u noworodków.

Lenz z Wrocławia demonstrował fotograficzne zdjęcia stereoskopowe ze zmian początkowych zaćmy starczej.

Hildesheimer z Tel-Aviv przedstawił wyniki swych doświadczeń stosowania soli strontowych przy zaćmach początkujących.

Krausz z Łodzi demonstrował aparat krótkofalowy, który według własnego pomysłu połączył z jontoforezą.

Teissler z Pragi doniósł o zadowalających wynikach otrzymanych przy fabrykacji protez kontaktowych z celuloidu.

Hartinger mówił o ulepszeniach przy sporządzaniu kamer siatkówkowych.

Velhagen jun. z Hali n. S. pokazywał film naukowy, ilustrujący rozmaite schorzenia oczne i sposoby badania.

Strona organizacyjna i towarzyska Zjazdu była nadzwyczaj starannie i gościnnie ułożona. Na cały czas trwania kongresu, a nawet tydzień później, zjazdowa karta uczestnictwa otwierała dostęp do wszystkich muzeów i ogrodów, to samo dotyczyło także wycieczek pozjazdowych do Luxoru i Assuanu. Wejście do Doliny Królów i świątyń w Luxorze, które w normalnych warunkach uzyskuje się tylko za nabyciem karty legitymacyjnej w kwocie 180 piastrów (około 54 zł), wszystko stało nam otworem bez żadnej opłaty.

Komitet zjazdowy wydał ponadto znaczki pocztowe, na których oprócz napisu zjazdowego umieszczona była odznaka zjazdowa, w postaci oka zdrowia „*Oudjat*", którego motyw wzięty był ze zbioru kosztowności w skarbcu Tutenkamena. Uprzejmość ze strony Rządu była tak wielka, że koszty całej zjazdowej korespondencji, nie tylko kartki i listy, ale nawet większe druki, przyjmowane były do dalszej wysyłki zupełnie bez opłaty. Każdy z uczestników kongresu otrzymał jeszcze na pamiątkę ładnie wykonany medal ze złoconego brązu, na którym również odtworzony był „*Oudjat*", wykładany niebieską emalią, oddającą wiernie lapis lazuli oryginału. Po obu bokach tego oka zdrowia znajdują się umieszczone boginie: *Nekbet* w postaci sępa z koroną górnego i *Oujit* w postaci kobry z koroną dolnego Egiptu. Oko to jest w Egipcie bardzo rozpowszechnione i służy jako amulet nie tylko dla utrzymania oka zdrowego, ale także jako ochrona przed chorobą i urokami. Inna ilustracja, umieszczona w przewodniku zjazdowym, pokazuje nam tarczę słoneczną, ze skarabeuszem w środku, jako symbolem boga-słońca. Jako symbol oczu zdrowych wręcza król bogowi oczy „*Uzat*". Na innej ilustracji widzimy ten sam podarek ze zdrowych oczu, z których jedno ma przedstawiać słońce a drugie księżyc, ofiarowany bogu Horusowi, który jest uważany za boga świata.

Także okulista egipski sprzed 3.000 lat przed Chrystusem jest przedstawiony na rycinie, do której objaśnienia podane w hieroglifach mówią, że jest to okulista królewski *JRI.*

Wieczory po skończonych wykładach przeznaczone były na przyjęcia. Pierwsze przyjęcie odbyło się w dniu otwarcia kongresu, w salach recepcyjnych hotelu Semiramis. W czwartek, dnia 9 grudnia, byliśmy wszyscy proszeni na godz. 8 wieczorem do pałacu królewskiego Abdine. Delegaci poszczególnych państw byli przez swych posłów osobiście przedstawieni królowi Farukowi, po czym przyjęcie ogólne rozpoczęło się przedstawieniem amatorskim w teatrze pałacowym, na którym odegrano jednoaktówkę pt.: „Azza, córka Kalifa". Treść sztuki specjalnie dla nas okulistów dobrana, gdyż przedstawia ślepą córkę kalifa, w której zakochuje się książę, a dopiero sztuka lekarska zawezwanego okulisty arabskiego wzrok jej przywraca. Potem były produkcje choreograficzne i muzykalne. Król Faruk I był cały czas obecny na przedstawieniu, a i później zabawił chwile przy bufecie, zastawionym w największej sali pałacu królewskiego, zbudowanej na wzór moszei. O godz. 1. w nocy opuściliśmy pałac królewski. Dwa dalsze przyjęcia odbyły się jeszcze w hotelu Semiramis: bankiet oficjalny i wieczór pożegnalny.

Najwspanialszym przyjęciem był obiad wydany w piątek wieczorem przez ministra higieny w sali jadalnej najstarszego hotelu w Kairze, w hotelu Shepheard dla ograniczonej ilości członków. Delegaci oficjalni otrzymali wszyscy zaproszenie. Obrazek z tysiąca i jednej nocy. Ściany bowiem sali jadalnej, wyłożone były żółtymi alabastrami, prześwietlonymi od wnętrza światłami elektrycznymi i przedzielonymi od siebie płaszczyznami lustrzanymi, w których odbijały się postacie czarnej służby hotelowej przybranej w białe chałaty z szerokim czerwonym pasem i czerwonym fezem na głowie, niosących przed sobą wielkie półmiski. Ogromne srebrne kosze, wypełnione ciemno-czerwonymi różami, o niezwykłej wielkości i silnym zapachu, stanowiły dekorację stołów.

W sobotę po południu oczekiwały nas wszystkich przed hotelem auta z przewodnikami, którzy oprowadzali nas po polu piramid w Gizeh.

Po zachodzie słońca goszczono nas podwieczorkiem w hotelu pod piramidami, *Mena House,* ofiarowanym przez egipskie Towarzystwo Okulistyczne.

W niedzielę zaś po południu o godz. 5 podejmował nas podwieczorkiem minister pełnomocny R. P. p. A. Kula wraz z małżonką w gmachu poselstwa, położonego na wyspie nilowej w dzielnicy will zw. Zamalek. Oprócz Polaków byli także na przyjęciu okuliści z Bułgarii, Czechosłowacji, Francji i Rumunii.

W ostatni dzień Zjazdu wyjechaliśmy po zwiedzeniu po drodze szpitala okulistycznego, o którym poprzednio już wspominałem, luksusowym statkiem nilowym do miejscowości położonej

w Delcie, a zwanej Barrage de Nil. Jest to najstarsza tama, która racjonalnie obsługuje w wodę całą Deltę Nilu.

W drodze powrotnej do Kairu podano na statku śniadanie.

Zaraz po przyjeździe, około godz. 4 po południu odbyło się posiedzenie pożegnalne, na którym reprezentanci wszystkich narodowości składali komitetowi organizacyjnemu i za jego pośrednictwem rządowi egipskiemu serdeczne podziękowania za tak gościnne przyjęcie.

Pod przewodnictwem Nordensona przystąpiono do ostatniego punktu programu zjazdowego, do wyboru miejsca przyszłego kongresu okulistycznego.

Ponieważ w ostatniej chwili zgłosiła swe zaproszenie Ameryka, przystąpiono wprzód do głosowania, na jakim kontynencie ma się zjazd odbyć.

Gdy Europa wyszła z głosowania zwycięsko, pozostało do rozstrzygnięcia, czy Warszawa, czy Wiedeń. Dwadzieścia głosów więcej uzyskał Wiedeń, wobec czego następny zjazd odbędzie się w r. 1941 we Wiedniu.

Poznaliśmy podczas Zjazdu Kair w jego szacie nowożytnej. Kamienice 8 lub 10-piętrowe, ruch ogromny na ulicach, wspaniałe szosy automobilowe, tak że ten Kair niczym się nie różnił od innych metropolii świata. Poznaliśmy stary Kair z ciasnymi uliczkami, niepozornymi domami, kawiarniami zapełnionymi tubylcami w fezach; dzielnica bazarów Muski dała nam pojęcie o wschodnich zwyczajach, a Muzeum Egipskie nauczyło nas podziwiać i oceniać dzieła rąk ludzkich sprzed wielu tysięcy lat.

Zwiedziliśmy grobowce Kalifów, sięgające średnich wieków, a sprawiające dziś niesamowite wrażenie całkowicie wymarłego miasta.

Wybraliśmy się także do miejsca kąpielowego *Helouan,* znanego nam z pobytu w nim śp. Marszałka Piłsudskiego, który mieszkał w pensjonacie polskim prof. Bogdana Richtera. W Helouanie znajdują się ciepłe kąpiele siarczane, w otwartym basenie i w wannach, stosowane w rozmaitych postaciach gośćca i dny, a poza tym stały suchy klimat działa dobroczynnie prawie we wszystkich postaciach białkomoczu.

Oprócz pustynnego krajobrazu, zasługuje na uwagę w Helouanie ogród japoński, utrzymany w stylu dalekiego Wschodu, z licznymi posągami Buddy, z których Budda śmiejący się należy do rzadkości.

Mimo nowych wrażeń, woleliśmy wrócić raz jeszcze do piramid, oglądanych podczas zbiorowej wycieczki zjazdowej w pospiechu, wśród zgiełku towarzyszących nam osób. Pragnęliśmy poznać piramidy wśród ciszy pustyni, w dzień zwykły, o zachodzie słońca. Rzecz dziwna, że piramidy, mimo swej monumentalności nie wywarły na nas przygniatającego swym ogromem wrażenia. Być może, że wzrok nasz przyzwyczajony już do oglądania drapaczy chmur, nie odczuwał tej wysokości, mimo że oglądając z bliska, zdajemy sobie z tego sprawę, że są to bloki olbrzymie, o ścianach przeszło metr długich i wysokich, przeniesione tu z dalekich okolic i trzymające się tylko własnym ciężarem.

Bliższe naszemu pojmowaniu są piramidy Cheopsa i Chefrena, z 4. dynastii, około 2.500 lat przed Chrystusem, gdyż, jak powiada historyk sztuki Meier-Graefe, w piramidach odnaleźć możemy we wielkim stylu to, co niedawno sztuka Europy starała się sobie przyswoić na małą skalę. Ma tu na myśli Meier-Graefe kierunki kubistyczne w sztuce nowoczesnej. Jeżeli te uznajemy za słuszne — to będziemy mogli uważać „budowniczych piramid za poprzedników Picassa".

A jeżeli już mowa o bliskich naszemu poczuciu zabytkach sprzed tylu tysięcy lat, to trudno nie wspomnieć o wycieczce do Sakkary, gdzie obok najstarszej schodkowej piramidy Djosera z 3. dynastii, około 3.000 lat przed Chrystusem, zwiedziliśmy grobowiec Ti, jednego z dygnitarzy dworskich i bogatego właściciela dóbr, żyjącego na początku 5. dynastii. Tu znajdujemy jedyny w swoim rodzaju pamiętnik obyczajowy, który nas zaznajamia ze sposobem życia w tych odległych wiekach.

Widzimy we wspaniałych kolorowanych płaskorzeźbach, przedstawione codzienne życie w owych czasach, budowanie okrętów, robotników przy pracy, bydło pasące się na polu, zbiory w polach i ogrodach, rybołówstwo itd.

Przyrodnik i literat Goetel opisując w r. 1926 wnętrze tego grobowca, słusznie zauważa, „że jest to księga otwarta dla każdego i nie wymagająca komentarzy", i dalej Goetel powiada: „zwolennicy abecadła wzruszą niezawodnie ramionami nad tak naiwną pierwociną uwiecznienia myśli ludzkiej — lecz entuzjaści kina powinni wchodzić na klęczkach, Ti jest autorem i wykonawcą pierwszego filmu świata. Sam już układ kroniki, złożonej w długich, jednakowo szerokich rzędach, przypomina taśmę filmową. A figurki?... te uchwycone w tysiącznych fazach figurki, puścić w ruch na szpulce, a zaczną żyć, ruszać się, pokazywać wszystkie akty drobiazgowego scenariusza starodawnych dziejów".

I nie jest to sugestia, lecz w istocie, gdyby jakiś artysta rysunkowy zadał sobie tyle trudu, ile potrzeba do wykonania filmu rysunkowego, mógłby stworzyć cud i postacie sprzed kilku tysięcy lat ożyłyby na srebrnym ekranie.

Po zakończeniu zjazdu naukowego były w programie wycieczki dalsze.

Chętnie przyjęliśmy propozycję marszałka Szymańskiego, aby przeszło 12-godzinną podróż do Luxoru odbyć dziennym pociągiem pospiesznym. Poznaliśmy małe miasta i miasteczka, położone wzdłuż trasy kolejowej — niektóre z nich o charakterze przemysłowym. Wzdłuż całej trasy kolejowej przede wszystkim widać transporty bawełny, której uprawa odbywa się na wielką skalę w okolicach Sudanu, już bliżej równika. Istnieje też w Kairze jedyne w swoim rodzaju muzeum bawełny, umieszczone w jednym z pawilonów ministerstwa rolnictwa.

Najbardziej jednak pouczającymi były obrazy domostw Fellachów, widziane z pociągu. Są to niskie lepianki, ulepione z mułu nilowego, mające zamiast okien, małe otwory w ścianach, zamiast dachu — łodygi z trzciny cukrowej, poziomo ułożone. To wszystko bez obawy deszczu, który by w innym klimacie do szczętu zniszczył te schroniska ludzkie. Ale za to dekoracja mieszkań niecodzienna, wszędzie palmy w mniejszych lub większych skupieniach stanowią malownicze tło dla tych czarnych lepianek.

Godna uwagi rzecz, że wszelkie zmiany historyczne nie tknęły tego rdzennego ludu egipskiego, jakim są Fellachowie.

Jak przed tysiącami lat, tak i teraz żyje ów Fellach w lepiankach, nierzadko razem ze swym domowym nabytkiem, orze ziemię tym samym pługiem i rozlewa wodę na glebę za pomocą kieratu, obracanego przez krowy lub wielbłąda. Ma się wrażenie, że zostało się przeniesionym do czasów biblijnych — wielbłądy i osiołki, jako środki lokomocji, dopełniają złudzenia. Tu można poznać siłę wiecznego trwania, która jest w stanie sprzeciwić się wszelkim nowoczesnym usiłowaniom. Jeden z angielskich mężów stanu wypowiedział zdanie: „że na świecie nie będzie już angielskiego żołnierza, a Fellach zawsze będzie swoją rolę uprawiał".

Równocześnie jednakże zaznacza się tutaj przepaść między dobrobytem egipskiego *high-life'u* a nędzą ludu egipskiego.

Widok tych zabudowań, zrozumiałym czyni, dlaczego schorzenie egipskie oczu, mimo wysiłków lekarzy i powiększającej się liczby szpitali zawsze pozostaje chorobą dominującą w Egipcie.

W Luxorze zamieszkaliśmy w hotelu Savoy, położonym w ogrodzie palmowym, z terasą nad brzegiem Nilu. Rano przeprawiliśmy się barką na zachodni brzeg Nilu, skąd autem wyjechaliśmy do Doliny Królów w Tebach. Potężne złomy skalne i piaszczyste wzgórza, oblane słońcem, sprawiały w pierwszej chwili wrażenie krajobrazu alpejskiego. Dopiero gdy podeszliśmy bliżej i przez skalne otwory zaczęliśmy w dół schodzić do grobowców, ogarnęło nas dziwne uczucie, że minione wieki tu zmartwychwstają i opowiadają nam swoje dzieje. Tu w Dolinie Królów powinien się znajdować olbrzymiej wielkości napis:

„Hic mortui vivunt et muti loquuntur".

Hieroglify i malowidła na ścianach grobowców tak żywo przemawiają do naszej fantazji, że nie odczuwamy tego odstępu wielu tysięcy lat.

Ruiny pałaców i świątyń w Karnaku i Luxorze dopełniają złudzenia. Z Luxoru wzdłuż alei sfinksów poruszała się procesja pogrzebowa aż do Nilu, przez który przewożono barką mumie możnych ówczesnego świata do Doliny Królów na miejsce wiecznego spoczynku.

Obraz ten często spotykany na ścianach grobowców przypomina późniejsze greckie podania o przejeździe przez Styx do Hadesu.

Odmienne wrażenia pozostawia po sobie Assuan. Tu zapoznaliśmy się ze skalistą przyrodą i pierwszą kataraktą Nilu. W kopalniach granitu, służącego do budowy świątyń, pouczającym jest widok leżącego, 41 metrów długiego, obeliska, którego przednia ściana pokryta już jest hieroglifami a którego nie zdołano już wydobyć z podłoża granitowego i wznieść do góry. Poza tym dwie wyspy zwracają uwagę turystów. Jedna to Elephantine z wyrytym na skale starym nilomierzem, druga Philae ze świątynią Izydy, znajdującą się całkowicie pod wodą podczas wysokiego stanu wody w zbiorniku nilowym. W grudniu natrafiliśmy na okres, gdzie szczyt pylonów świątyni był jeszcze odsłonięty.

Według staroegipskiego podania, miał Nil zawdzięczać coroczne wezbranie swych wód łzom bogini Izydy. W obecnych czasach, czasach uprawiania na wielką skalę bawełny — łzy

Izydy już by nie wystarczyły. Musiano pomyśleć o stałym zbiorniku wodnym, który by o każdej porze był w stanie dostarczać odpowiednią do uprawy ilość wody.

Na przestrzeni około 2 kilometrów wybudowano największą na świecie tamę, zaopatrzoną w 180 olbrzymich śluz wodnych. Gdy powyżej tamy woda się nagromadza, zbiornik wodny pokrywa przestrzeń 295 kilometrów. Oglądając to olbrzymie dzieło podziwiać musieliśmy potęgę ducha ludzkiego — ten sam umysł, który przed tysiącem lat projektował piramidy, w czasach obecnych stworzył potężną i genialną zaporę nad Nilem w Assuanie.

W Assuanie zbliżyliśmy się już do zwrotnika Raka, leżącego między 25 a 20° szerokości geograficznej. Ciepłota wahała się między 21 a 40° Cels. A było to dnia 19 grudnia 1937 r.

Słońce jest już w tych okolicach wszechpotężne — wywołuje ono całkowity przewrót w psychice mieszkańca północy. Przyzwyczajeni do niestałej pogody z trudem przez pierwszych kilka dni mogliśmy sobie uświadomić, że to pogoda trwała, że nie tylko dzisiejszy dzień taki słoneczny, ale że jutro również będzie świeciło słońce i że nawet jeśli rankiem zasłoni je lekka mgła nilowa, to w godzinę lub dwie godziny później znowu słońce swymi promieniami zaleje cały krajobraz.

W porównaniu ze słońcem egipskim — nawet słońce Wenecji wydaje się „małomieszczańskim" (jak powiada Meier-Graefe).

Nic też dziwnego, że tysiące lat przed nami słońce uważane było za bóstwo wszechwładne. Amon-Re, bóg słońca, był najwyższym państwowym bogiem w Egipcie i liczne świątynie były jemu poświęcone, z których jedna w Karnaku należy do najwspanialszych zabytków sprzed 2.000 lat przed Chrystusem.

Od Assuanu zaczęła się nasza podróż powrotna. Krajobraz Egiptu, jego historia pisana w hieroglifach, zabytki sztuki i kultury, wszystko to pozostawia trwałe po sobie wrażenie.

Gdybyśmy chcieli znaleźć odpowiedź na pytanie, jak przedstawiał się nam Egipt, trudno by było jednolite na to dać określenie. Biorąc rzecz czysto praktycznie, tak, jak widzieliśmy Egipt z okien dziennego białego pulmanowskiego ekspresu, to powiedzielibyśmy, że Egipt to wąski pas ziemi, w niektórych miejscach nie przekraczający trzech kilometrów, który okiem można objąć wyglądając z okien pociągu. Widzimy Nil, szyny kolejowe i wąski pas uprawnej ziemi, pokrytej w miesiącu grudniu soczystą zielenią, dochodzącą już pół metra wysokości — a z obu stron widnieje w dali złocista pustynia.

Gdy jednak zajrzymy do piśmiennictwa i weźmiemy do ręki znanego nam dobrze Faraona Prusa — nawiasem dodam, że egzemplarz Faraona w ozdobnym wydaniu, w oprawie o motywach ludowych i tłumaczenie włoskie tego dzieła ofiarowane zostało królowi Farukowi przez posła w Kairze, p. Kulę i prof. Szymańskiego i złożone w kancelarii królewskiej — w tym więc Faraonie Prusa znajdujemy na wstępie opis Egiptu, zabarwiony już fantazją poety. Oto co pisze Prus:

„Gdyby ktoś mógł się wznieść o 20 mil w górę i stamtąd spojrzeć na Egipt, zobaczyłby dziwną formę kraju i osobliwe zmiany jego koloru. Z tej wysokości na tle białych i pomarańczowych piasków, Egipt wyglądałby jak wąż, który w energicznych skrętach posuwa się przez pustynię do morza Śródziemnego i zanurzył w nim trójkątną głowę, ozdobioną dwojgiem oczu: lewym Aleksandria, prawym Damietta.

Długi ten wąż w październiku, kiedy Nil zalewa cały Egipt, miałby błękitną barwę wody. W lutym, kiedy miejsce opadających wód zajmuje wiosenna roślinność, wąż byłby zielony... itd.".

A w nowszych czasach znany historyk i powieściopisarz Emil Ludwig personifikuje życiodajną dla Egiptu rzekę Nil i w oryginalny sposób pisze biografię tej wspaniałej rzeki. Zwykły śmiertelnik, który krótko bawiąc w Egipcie, podróżuje tylko utartym szlakiem, wymierzonym przez towarzystwa podróży, nie przypuszcza nawet, że ten spokojny w swym biegu Nil ma wysoko na górze młodszego brata, który pełen temperamentu i żywotności z niebotycznych gór nad równikiem spada w dół jako Nil Niebieski i dopiero koło Khartoum łączy się ze spokojnym Nilem Białym.

Trzeba być zapalonym podróżnikiem i poetą, jak Ludwig, żeby będąc w Assuanie nie zakończyć tam podróży, lecz wybrać się dalej wzwyż do źródeł Nilu i stamtąd obserwować jego bieg i życie. Wówczas rzeka Nil stałaby się, jak dla Ludwiga istotą żyjącą, której przeżycia, podobnie, jak w biografii wielkich mężów, można wyprowadzić z jej charakteru.

„Widzimy jak Nil — powiada Ludwig — jako chłopak występuje z praboru swego dzieciństwa, w walce nabierając siły; to upadający na duchu i prawie zanikający, aż wreszcie zwycięski; jak jego daleki i dzielny brat z nim się łączy; jak razem przepływają pustynię i przebijają skały; jak na szczycie swej męskiej siły podejmuje walkę z człowiekiem i przegrywa — lecz teraz ujarzmiony przez wolę ludzką, stwarza szczęście ludzi i dokonuje rzeczy bardziej wzniosłych aniżeli w dzikich porywach swej młodości".

Nil i Egipt — to dwa skojarzone ze sobą pojęcia. Bez przesady można by powiedzieć, że gdyby nie było Nilu, nie było by Egiptu, tylko rozległa, aż do morza ciągnąca się pustynia. Memento tego pustynnego charakteru Egiptu, odczuwa się już na każdym kroku podczas jazdy koleją z Kairu do Assuanu. Żaluzje drewniane, umieszczone we wszystkich wagonach kolejowych mają chronić wnętrze wagonów i pasażerów od pustynnego piasku, który przy niestosowaniu się do przepisów przedostaje się wszędzie.

Przy opuszczaniu Egiptu dwa wrażenia wbijają się w pamięć: słońce i Nil. Na zakończenie, też podświadomie, pod wpływem kongresu okulistycznego budzi się skromne porównanie okulistyczne z dnem oka, którego naczynia były jednym z głównych tematów zjazdowych, że Nil to w prawdziwym tego słowa znaczeniu — „*arteria centralis*" Egiptu.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Nowiny Lekarskie. Z. 9. 1938. Żniniewicz: O leczeniu wodą choroby Basedowa. — Łabużek K.: Badania włókien kratkowych w sprawach patologicznych. — Morzycki J.: Wartości zdrowotne i lecznicze naturalnych soków owocowych (płynnego owocu). — Lorych A. J.: Omyłki radiologiczne schorzeń płucnych w zestawieniu z wynikami sekcyjnymi.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 17. 1938. Kapłan A. W., Fryszman W., Kramarz J. i Heller L.: O zespołach wątrobowo-nerkowych (hepatonephritis) (dok.). — Sitkowski W. i Grynkraut B.: Radioterapia raka wątroby. — Szyfman L. i Lebowicz I.: Spostrzeżenia nad działaniem insuliny protaminowo-cynkowej. — Szczygieł A.: Reforma żywienia w Polsce a zagadnienie wsi (c. d.).

Acta Balneologica Polonica. Z. 4. 1938. Sabatowski A. O lecznictwie uzdrowiskowym uwagi ogólne. — Wskazania i przeciwwskazania do leczenia balneo-hydro-klimatycznego: Zubrzycki J.: W schorzeniach narządów rodnych kobiety. — Walter F.: W chorobach skórnych i wenerycznych. — Zieliński M.: W schorzeniach układu nerwowego. — Jonscher K.: W chorobach dzieci. — Miodoński J.: W schorzeniach górnych dróg oddechowych. — Gorecki Z.: W schorzeniach nieswoistych narządu oddychania. — Felix J.: W gruźlicy płuc. — Sokołowski A.: W chorobach wątroby, dróg żółciowych i trzustki. — Sokołowski A.: W chorobach żołądka i jelit. — Węgierko J.: W chorobach przemiany materii. — Tochowicz L.: W schorzeniach układu krążenia. — Kubiczek M.: W schorzeniach narządu moczowego. — Godłowski Zb.: W schorzeniach gruczołów wewnątrzwydzielniczych. — Mester A.: W schorzeniach narządu ruchu. — Tempka T.: W schorzeniach narządu krwiotwórczego. — Feldmaus B.: W schorzeniach alergicznych.

Gastrologia Polska. Nr 1. 1938. Dmochowski L.: Dieta w nowotworach złośliwych. — Joz B.: O cholecystografii. — Sellig L.: O cholecystografii.

Archiwum Higieny. T. V. 1937. Cwojdzińska I. i Gądzikiewicz W.: Badanie i ocena miejsca wybranego pod basen w Ojcowie na Złotej Górze. — Anyszek J.: Flora mleka kwaśnego. — Tomaszewska J.: Specjalne chleby tzw. zdrowotne wypiekane w Krakowie w oświetleniu higieny. — Smreczyńska J.: Przemysł stolarski w Kalwarii Zebrzydowskiej. — Borzemska St.: Analiza pracy mięśniowej oraz projekt ćwiczeń cielesnych robotnic w fabrykach naczyń emaliowanych. — Steinbach M.: W sprawie odżywiania ludności miasta Krakowa. — Fakler Sz.: Własności higieniczne futer polskich. — Wójcik-Wietrzna Wł.: Wpływ czynników atmosferycznych na zmęczenie umysłowe u dzieci szkolnych. — Gergovichowa H. W.: Badania szkolnych mundurków żeńskich pod względem higienicznym. — Salik J. O.: Kawa w oświetleniu higieny. — Rothkopf-Hirschowa Fr.: Badanie bakteriologiczne słodkiego mleka rynkowego w Krakowie.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 19. 1938.

Doraźna Pomoc Lekarska. Nr 3. 1938. Obarski Fr.: Obecny stan udzielania pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach w Polsce w świetle ankiety (dok.).

Klinika Współczesna. Nr 4. 1938.

Archiwum Medycyny Biologicznej. Z. 1. 1938.

Położna. Nr 3—4. 1938.

Przegląd Akuszeryjny. Nr 4. 1938.

Droga do Zdrowia. Nr 5. 1938.

Pediatria Polska. T. XVIII. Nr 4. 1938. Barański R. i Lewenfiszowa T.: Uwagi w sprawie wartości diety jabłkowej na podstawie spostrzeżeń klinicznych. — Bogdanowicz J.: Przypadek akrodynii. — Nowak T.: O niepospolitej postaci drgawek u niemowlęcia. — Anigstein L.: Współczesna chemoterapia zimnicy.

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XVII. Z. 4. 1938. Wrześniowski Wł.: Opadnięcie żołądka i okrężnicy. — Kugler A.: Leczenie zamkniętych złamań trzonu kości udowej. — Haber A.: Naczyniak jamisty wątroby.

Chirurg Polski. Nr 4. 1938. Lewandowski Z.: Ostre zapalenie stawu biodrowego. — Sołtysik A.: Kilka uwag w sprawie oceny urazów kręgosłupa.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 5. 1938. Lakner L.: Czy istnieje możliwość powstawania zmian chorobowych u niemowląt na drodze odruchów nerwowych podczas wyrzynania się zębów. — Jankowski H.: Znaczenie wapnia w przemianie materii.

Wiadomości Lekarskie. Nr 5. 1938. Hozer J.: Ciągłość pracy i stabilizacja jako warunek skutecznej pracy lekarza. — Hozer J.: Systemy lecznictwa w ubezpieczalniach społecznych w świetle porównań.

Prasa Lekarska. Nr 5. 1938. Birzowski E.: W sprawie różniczkowania guzów narządów rodnych z innymi guzami jamy brzusznej kobiety (dok.). — Szmurło J.: Nowotwory złośliwe krtani. Cz. I.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 18. 1938.

Przemysł Chemiczny. Nr 5. 1938.

OCENY

Rozwój i dalsze zadanie dietetycznego leczenia. CARL VON NOORDEN. Str. 46. Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1937.

W wykładzie wstępnym przy objęciu oddziału chorób przyswajania i odżywiania, podnosi znany klinicysta i senior nauki o zaburzeniach przyswajania, znaczenie praktycznego i doświadczalnego badania dla ustalenia praw, które w leczeniu chorób tych obowiązują. W krótkim zarysie historycznym kreśli przebieg i dzieje leczenia dietetycznego. Wspomina o tym, że W. Banting, twórca znanej diety wychudzającej, nie był lekarzem, że to leczenie — zresztą wcale nieobojętne dla ustroju i często niebezpieczne — oparł na osobistym doświadczeniu, że leczenie chorób nerki było również wynikiem praktycznych wskazówek, a nie teoretycznych rozważań, że podobnie leczenie kaszą owsianą w cukrzycy było próbą, a nie wnioskiem teoretycznie wysnutym, słowem, może zbyt wymownie czasami, jak na uczonego przystało, podnosi znaczenie doświadczenia „kucharskiego". Istotnie większa część wykładu poświęcona jest omawianiu znaczenia przyrządzania racjonalnego pokarmów, znaczeniu kuchni, prowadzonej oczywiście na podstawie teoretycznych i naukowych rozważań.

Wykład ten zasługuje ze wszech miar na uwagę nie tylko jako charakterystyka autora, który zawsze wielki nacisk kładł na stronę praktyczną, że tak rzeknę, codziennego życia, ale ze względu na zawarte w nim wskazówki, które szczególnie dotycza wszelkich zakładów dietetycznych, nadużywających częstokroć tego tytułu, a w żadnej mierze do niego nie dorastających.

W. Moraczewski (Lwów).

Einführung in die Strahlenheilkunde. RENÉ DU MESNIL DE ROCHEMONT. Urban i Schwarzenberg. Berlin-Wiedeń, 1937. Str. IX. + 274, 162 rycin i jedna wielokolorowa tablica. Cena: 10 RM, opr. 11.50 RM.

Książka powstała z wykładów autora dla studentów i lekarzy „celem umożliwienia im wglądu w sposób myślenia i w sposób pracy promienioterapeutów". Z tego też powodu główny nacisk położony został na zwięzłe i łatwo zrozumiałe przedstawienie tematu z opuszczeniem piśmiennictwa i nazwisk autorów. Autor zrezygnował świadomie z przedstawienia rzeczy spornych i niewyjaśnionych i ograniczył się do podania własnych, na dużym doświadczeniu opartych zapatrywań na rzeczy już dostatecznie wyjaśnione. Autor zaznacza zupełnie słusznie, że promienioterapia ze względu na swe rozmiary i znaczenie musi być już dzisiaj uważaną za specjalność. Z drugiej jednak strony, lekarz zajmujący się nią nie może w tych wszystkich dziedzinach medycyny, w których promienioterapia jest obecnie stosowana, tak dokładnie orientować się, jak specjaliści odpowiednich dziedzin. A sprawa jest tu tym ważniejsza, że żadna dziedzina medycyny nie jest tak skazana na przekazywanie chorych przez lekarzy innych specjalności, jak właśnie promienio-lecznictwo i żadna nie wykazuje też takiej zależności w możliwościach skutecznego zadziałania od tego, czy wybór przypadków został przeprowadzony z odpowiednią znajomością rzeczy. Postęp zarówno w kierunku jak najlepszego i najszerszego wykorzystania promieniolecznictwa, jak i najodpowiedniejszego doboru chorych, może odbywać się tylko na drodze dobrze pojętej współpracy. Stworzeniu podstaw dla niej wśród niespecjalistów służyć ma ta książka. Z zadania tego wywiązał się autor całkowicie, przedstawiając w krótkości i bez zbytniego balastu techniczno-fizykalnego, który przysparza lekarzom najwięcej trudności, podstawy fizykalno-biologiczne promieniowań i zakres możliwości działania promieniolecznictwa.

E. Meisels (Lwów).

Choroba Bechterewa. W. KREBS i H. WURM. Verlag von Theodor Steinkopff. Dresden u. Leipzig 1938. Str. VIII + 94. Cena: Mk. 6.

Jako trzeci tom z cyklu *„Der Rheumatismus"* ukazała się wymieniona monografia, w której Krebs po krótkim wstępie historycznym szeroko omawia klinikę zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa. Szczególnie cenne jest to, że autor miał możność badania bezpośredniego przejścia ostrego gośćca stawowego w zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa. Krebs przypisuje w powstawaniu tegoż schorzenia duże znaczenie ogniskom zakażenia, jakkolwiek sceptycznie zapatruje się na wyniki lecznicze, jakie się otrzymuje po usunięciu tychże ognisk zakażenia. Jak wynika z przytoczonej statystyki, pochodzącej z Krajowego Zakładu Kąpielowego w Akwizgranie, ilość przypadków choroby Bechterewa stale wzrasta. Sporo miejsca poświęcono obrazowi rentgenologicznemu, przy czym szereg doskonałych rentgenogramów i rysunków pozwala na głębsze wniknięcie w istotę schorzenia. Rozdziały o rozpoznaniu różniczkowym o przebiegu i o leczeniu kończą część kliniczną. W leczeniu autor uwzględnia głównie leczenie fizykalne i kąpielowe, w małym zaś stopniu leczenie farmakologiczne.

Wurm przedstawia anatomię patologiczną zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa — omawia więc kolejno anatomię stawów kręgosłupa, tarczy międzykręgowej, więzadeł, obraz mikroskopowy zmian zapalnych stawów. Dużo miejsca poświęcono mechanizmowi kostnienia więzadeł.

Całość wydana bardzo starannie, w piśmiennictwie napotyka się prawie wyłącznie prace autorów niemieckich.

Mester (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

Badania anatomo-patologiczne i histologiczne szyszynki (epiphysis). D. TICHOMIROW. Medicinski Pregled. Nr 7—8. 1937.

Na podstawie zbadanych 961 zwłok autor robi następujące uwagi. 1) Bardzo rzadko zdarzają się krwawienia w szyszynce z powodu uszkodzenia naczyń krwionośnych; natomiast częste są krwawienia *per diapedesin.* 2) Przy ostrych chorobach zakaźnych konstatuje się wzmożenie ciał lipoidalnych, natomiast zmniejszenie tychże przy chorobach przewlekłych. 3) Występujący przerost tkanki łącznej (*glia*) nie jest zależny ani od wieku osobnika, ani od spraw zanikowych gruczołu. 4) Przy gruźlicy przewlekłej widzi się przerost tkanki łącznej, przy prosówkowej natomiast tworzą się drobne ogniska rozpadu serowatego 5) W ogóle objawy zapalne w szyszynce przy ostrych lub przewlekłych schorzeniach organizmu występują rzadko. 6) W tkance międzykomórkowej znajduje się niewielka ilość barwika (melaninu) u osób każdego wieku i przy każdej chorobie. 7) Zmiany patologiczne w ściankach naczyń krwionośnych spotyka się rzadko. 8) Nigdy nie zanotowano (w 961 przypadkach) pierwotnego złośliwego nowotworu szyszynki i tylko jeden raz przerzut przy raku trzustki. 9) Dosyć częste są cysty różnych wielkości i różnej treści. 10) W wieku starszym konstatuje się nieznaczne objawy zanikowe, lecz są one zbyt małe, aby można było mówić o zaniku starczym.

Dziulikowska (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Kilka uwag o przeciwciałach i ich znaczenie w zakażeniach gronkowcowych. L. JOLOŃSKA. Medicinski Pregled. Nr 7—8. 1937.

Autorka badała pojawianie się ciał ochronnych we krwi u osób cierpiących na zakażenia gronkowcowe i doszła do następujących wyników. Przy każdym zakażeniu gronkowcami tworzą się antyhemotoksyny, co wskazuje na istnienie toksyn gronkowcowych w zakażonym ustroju. Otrzymane dotychczas wyniki nie wskazują na to, żeby działanie przeciwciał na toksyny miało wpływ na rozwój lub usunięcie zakażenia.

Dziulikowska (Lwów).

Przypadek diabetes renalis u dziecka. J. OSKAR. Medicinski Pregled. Nr 9. 1937.

Autor opisując przypadek cukrzycy nerkowej u 7-letniego dziecka, robi następujące uwagi. Istota tego schorzenia nie jest znana i bywa ono opisywane pod różnymi nazwami. Symptomatologia nie jest jednolita. Cechami charakterystycznymi są: normalny poziom cukru we krwi, nieznaczna glikozuria i niezależność jej od ilości spożywanych węglowodanów, odporność na insulinę, lekki przebieg choroby oraz brak nasilenia objawów i wreszcie występowanie tego schorzenia w pewnych rodzinach u pewnej liczby jej członków.

W opisanym przypadku wystąpiła po roku zwiększona glikozuria, lecz autor tłumaczy to przejściową nadwrażliwością organizmu, a nie pogorszeniem stanu chorobowego. Patogeneza cukrzycy nerkowej jest nieznana. Większość badaczy sądzi, że chodzi tu o zwiększoną przepuszczalność nerek, której powody są nieznane. *Dziulikowska* (Lwów).

Cukrzyca u dzieci w Bulgarii. VATOFF. Medicinski Pregled. Nr 9. 1937.

Autor stwierdza fakt, że przed wojną światową cukrzyca u dzieci występowała bardzo rzadko, po wojnie jednak schorzenie to znacznie się wzmogło. Wiek dzieci waha się od 2 do 15 lat; liczba dziewczynek i chłopców jednakowa; dzieci w miastach zapadają częściej na cukrzycę, niż dzieci wiejskie; wpływu dziedziczności nie zauważono. Obok cukrzycy zauważono po wojnie duży wzrost przypadków *poliomyelitis ant. acuta,* która przybrała charakter endemiczny w niektórych okolicach Bułgarii. Jednocześnie wystąpiło trzecie dotychczas nieznane schorzenie, mianowicie *vertigo epidemica,* które atakuje częściej kobiety, niż mężczyzn. Dzieci chorują rzadko. *Dziulikowska* (Lwów).

Pseudolues papulosa. KOGAJ. Medicinski Pregled. Nr 9. 1937.

Autor opisuje zmiany na wargach sromowych u 8-letniej dziewczynki, mające wygląd *condylomata lata.* Badanie histologiczne wykazało *para-* i *hyperkeratosis* i *acanthosis* obok banalnej infiltracji. Badanie na krętki blade i badanie serologiczne dały wyniki ujemne. Rozpoznano *pseudolues papulosa* Lipschütz. Robiąc przegląd opisanych dotychczas 25 przypadków autor wnioskuje, że chodzi tu o zwykłą dobrotliwą *acanthosis* wywołaną podrażnieniem. W tym wypadku dziewczynka cierpiała na *incontinentia urinae.* Drobnoustroje mogą tu odgrywać tylko rolę wtórną. *Dziulikowska* (Lwów).

Krzywica w Bośni, gdzie kiła występuje endemicznie. DRAGISIĆ. Medicinski Pregled. Nr 9. 1937.

Autor zadał sobie pytanie, czy krzywica występuje na tle kiły dziedzicznej u dzieci. Aby na to odpowiedzieć zbadał wielką ilość dzieci tam, gdzie kiła występuje endemicznie i skonstatował, że np. w okolicach górzystych, gdzie ilość dzieci kiłowych jest nieznaczna, krzywica jest najbardziej rozpowszechniona. Są to okolice bardzo biedne, gdzie odżywianie matek podczas ciąży i laktacji jest niedostateczne i gdzie ze względu na surowy klimat, dzieci są trzymane stale w zamkniętych izbach. To są, zdaniem autora, przyczyny powstania krzywicy; podłoże kiłowe może najwyżej usposabiać do zmian rachitycznych, nie jest jednak ważnym czynnikiem. *Dziulikowska* (Lwów).

Nasze doświadczenia dotyczące czerwiaczności. D. MUSIĆ SEVER. Medicinski Pregled. Nr 9. 1937.

Autor na podstawie 650 przypadków *helminthiasis* u dzieci w wieku od 1 do 14 lat robi następujące uwagi: jaja zarodkowe skonstatowano w 61,4%, przy czym najczęściej *ascaris lumbricoides,* na drugim miejscu *trichocephalus dispar.* Najwięcej przypadków było wśród dzieci gruźliczych i cierpiących na choroby skórne. Eozynofilię ponad 4% skonstatowano w 34,7%. Jako następstwa występowały niedokrwistość rozmaitego stopnia, zaburzenia przewodu pokarmowego, objawy nerwowe, drgawki i *pavor nocturnus,* 1 raz wystąpiła *purpura haemorrhagica* i 1 raz *toxicodermia.* *Dziulikowska* (Lwów).

Erythema nodosum. N. SIMOWIĆ. Medicinski Pregled. Nr 9. 1937.

Autor na podstawie 22 obserwowanych przypadków wnioskuje, że głównym czynnikiem etiologicznym w powstawaniu E. N. jest gruźlica, stwarzając stan prealergiczny, który przechodząc w stan alergiczny, daje objawy rumienia guzowatego. W większości przypadków autor ustalił źródła zakażenia. Obraz krwi w każdym przypadku wykazywał przesunięcie w lewo, opadanie krwinek było przyspieszone. Autor badał także grupy krwi chorych na E. N. i skonstatował grupę A w 61%, grupę O w 33% i grupę B w 6%. Dalsze badania w tym kierunku są w toku.

Dziulikowska (Lwów).

Leczenie niedomogi serca i dusznicy bolesnej przez usunięcie tarczycy. D. LUĆIĆ. Medicinski Pregled. Nr 11. 1937.

Autor wskazując na grożące niebezpieczeństwa połączone z tym zabiegiem, opisuje przypadek dusznicy bolesnej u 58-letniego osobnika, cierpiącego na zwapnienie naczyń wieńcowych serca i nadciśnienie. W ciągu 6 lat miewał ataki dusznicy bolesnej 10 razy dziennie, pomimo stosowania rozmaitych środków leczniczych. Wykonano tyreoidektomię przed 7 tygodniami i od tego czasu chory jest wolny od napadów. Przemiana podstawowa spadła od 1% do 24%. Poziom wapnia we krwi bez zmian. Autor uważa, że osiągnięte wyniki można tłumaczyć jako hipoadrenalizm wywołany przez usunięcie tarczycy.

Dziulikowska (Lwów).

Całkowite usunięcie tarczycy przy asystoli zwykłej i połączonej z chorobą Basedowa. JOVANIĆ. Liječnički Vjesnik. Nr 11. 1937.

Autor na podstawie 5 operowanych przypadków podaje skutki tej operacji i jej uzasadnienie. Wykonując tyreoidektomię obniżamy przyswajanie, skutkiem czego organizm zmniejsza wymagania stawiane sercu, co powoduje zanikanie lub zmniejszenie objawów niedomogi sercowej. Przy zwykłej asystoli należy usunąć tarczycę całkowicie. Nie wywołuje to jednak, zdaniem autora, objawów obrzęku śluzowatego, jak to się zdarza przy doświadczeniach na młodych zwierzętach. Przy istniejącej chorobie Basedowa, należy zostawić małą część tarczycy. Wyniki we wszystkich przypadkach były zadawalniające, komplikacyj operacyjnych nie zanotowano. *Dziulikowska* (Lwów).

Znieczulenie periduralne. A. DREŚĆIK. Liječnički Vjesnik. Nr 11. 1937.

Autor robiąc doświadczenia na trupach zaobserwował, że stopień wypełniania się płynem fizjologicznym przestrzeni periduralnych zależny jest od ilości płynu i prędkości wstrzykiwania. Stosując dalej rozczyn znieczulający *(novocain)* zabarwiony indygokarminem skonstatował, że im stężenie jest silniejsze, tym większa jest przestrzeń, na której odbywa się dyfuzja. Wreszcie autor wskazuje na pewne korzyści znieczulenia periduralnego w porównaniu z intraduralnym.

Dziulikowska (Lwów).

Chemiczne badanie krwi topielców. E. PREMERU. Liječnički Vjesnik. Nr 11. 1937.

Wskazując na trudności powstające nieraz przy orzeczeniu, czy śmierć spowodowana była utonięciem, autor przypomina badania Carrara, który wykazał, że punkt zamarzania krwi topielca z komory lewej serca jest wyższy, niż z komory prawej. Następnie podaje próbę Gettler'a, celem określenia zawartości chlorku we krwi komory serca prawej i lewej. Otóż okazało się że we krwi komory prawej u topielców zawartość chlorku jest znacznie większa, niż w komorze lewej, czego nie ma wtedy, gdy śmierć nastąpiła nie z powodu utonięcia. W instytucie medycyny sądowej wykonywano te próby i potwierdzono wyniki Gettler'a. Autor uważa, że ta metoda może oddać znaczne usługi w wypadkach wątpliwych. *Dziulikowska* (Lwów).

Obraz krwi przy koklnszu. N. SKRIVANELI. Liječnički Vjesnik. Nr 12. 1937.

Badanie krwi może ułatwić rozpoznanie kokluszu w jego okresach początkowych, gdy objawy kliniczne są niepewne. Otóż przy kokluszu konstatuje się leukocytozę nieraz tak silnego stopnia, że należy różnicować z leukemią (138.000 w jednym przypadku, z tego 100.000 limfocytów), przy tym jest silna przewaga limfocytów. Obraz ten utrzymuje się pewien czas po ustąpieniu stanu zakażenia. *Dziulikowska* (Lwów).

Cheilitis aestivalis. E. GRIN. Liječnički Vjesnik. Nr 1. 1938.

Autor podaje 26 przypadków ze zmianami na wargach dolnych w postaci obrzęku, tworzenia się pęcherzyków, a następnie małych nadżerek, które się goją po kilku dniach, a czasem i po kilku tygodniach. Zmiany te występują wiosną i latem u osób przebywających na wolnym powietrzu (u rolników). Jako czynniki przyczynowe należy uwzględnić, zdaniem autora, usposobienie, szkodliwy wpływ promieni słonecznych i istnienie światłokatalizatora. Autor robi badania w tym kierunku.

Dziulikowska (Lwów).

Znaczenie insuliny w leczeniu cukrzycy u dzieci. J. BRDLIK. Liječnički Vjesnik. Nr 10. 1937.

Autor obserwował 108 przypadków cukrzycy u dzieci w ciągu 22 lat (1915—1937). Do roku 1923 śmiertelność wynosiła 38% wśród chorych szpitalnych, reszta umierała w domu. Od czasu stosowania insuliny nie było śmiertelnych wypadków w szpitalu, śmiertelność ogólna wynosiła 6,59% z powodu innych chorób, przeważnie infekcyjnych. Zauważono wzmożenie ilości przypadków w miesiącach jesiennych i zimowych. Autor podziela zdanie Priesel-Vagnera, że główną przyczyną powstania cukrzycy jest biologiczna małowartościowość trzustki. Na tym podłożu choroby zakaźne mogą wywołać objawy niedomogi czynnościowej. Uraz zdaniem autora nie może być powodem cukrzycy. Przemiana węglowodanowa nie obniża się pod wpływem zakażenia. Autor uważa, że celem racjonalnego leczenia dzieci z cukrzycą, należy tworzyć przychodnie pod kierownictwem pediatrów, gdzie dzieci otrzymywałyby bezpłatnie insulinę i byłyby pod stałą kontrolą. *Dziulikowska* (Lwów).

Leczenie akrodynii u dzieci. M. PEHU, V. BOUCOMONT. Liječnički Vjesnik. Nr 10. 1937.

Autorzy poddając krytyce zapatrywania rozmaitych autorów, przychodzą do wniosku, że ani etiologia ani patogeneza tego schorzenia nie zostały ustalone. Zgodne są tylko zdania, że jest to dystonia systemu współczulnego i w leczeniu ten czynnik należy uwzględnić, a więc podawać środki regulujące działanie systemu wegetatywnego (belargal według Mayerhofera), poza tym stosować leczenie symptomatyczne, przeciwdziałając równocześnie powstawaniu powtórnych zakażeń.

Dziulikowska (Lwów).

Wpływ dowolnej diety na przebieg cukrzycy u dzieci. J. PISAFOVICOVA-CIZKOVA. Liječnički Vjesnik. Nr 10. 1937.

W 28 przypadkach stosowano tzw. dowolną dietę według Stolta z następującymi wynikami: nie obserwowano ani razu pogorszenia, ketonuria ustąpiła zupełnie; w kilku przypadkach można było zmniejszyć dawki insuliny; waga i wzrost dzieci powiększyły się; choroby zakaźne miały przebieg łagodny. Samopoczucie dzieci było dobre. *Dziulikowska* (Lwów).

Przyczynek do etiologii i terapii schorzeń gośćcowych. L. TRAUNER. Liječnički Vjesnik. Nr 1. 1938.

Ponieważ schorzenia gośćcowe są natury konstytucjonalnej, jak mniema autor, a wegetatywny system nerwowy (v. n. s.) jest częścią konstytucjonalną musi więc on związek z tym schorzeniem. Wychodząc z tego założenia, autor przeprowadził próby według Danielopolu-Carniol'a i skonstatował, że u 78% chorych na gościec, v. n. s. wykazuje odchylenia od normy i to częściej w przypadkach postaci zapalnych (93%), niż zwyrodnieniowych (63%). Pod wpływem balneoterapii, która działa przestrajająco, osiągnięto w 82% normalizację v. n. s., czyli jak u hipertoników, tak i hipotoników osiągnięto powrót do normy.

Dziulikowska (Lwów).

Wrzód żołądka jako alergoza. J. TOVČAR. Zdravniški Vestnik. Nr 8—9. 1937.

Autor podając krótki zarys zapatrywań na patogenezę wrzodu żołądka określa to schorzenie jako alergozę, gdzie główną rolę odgrywa histamina. Jako następny okres wrzodu uważa autor stan podrażnienia żołądka, wywołany histaminą. Należy więc, według tych zapatrywań zgodnie z innymi autorami zwalczać hiperhistaminozę, albo przez tworzenie tamy jelitowej (Torantil), albo przez stopniowe odczulanie (Larostidin i inne).

Dziulikowska (Lwów).

O etiologii gośćca. J. KLEMENČIĆ. Zdravniški Vestnik. Nr 10. 1937.

Robiąc przegląd dotychczasowych zapatrywań, autor wnioskuje, że etiologia gośćca nie została jeszcze wyjaśniona. Opinie są podzielone między infekcją i alergią, jako przyczynami tego schorzenia. Zdania wielu autorów o wyłącznie streptogennym pochodzeniu gośćca nie wydają się uzasadnione. Dokładne badania Gräff'a dowiodły prawdopodobieństwa istnienia swoistego jadu. Gräff rozróżnia *rheumatismus infectiosus* (wywołany swoistym virusem) i *rheumatismus infectiosus non specificus* wywołany streptokokami lub innymi drobnoustrojami. Przy przewlekłych schorzeniach gośćcowych istnieją obok infekcji inne powody wywołujące. *Dziulikowska* (Lwów).

Cholelithiasis przy ciąży. J. TOVČAR. Zdravniški Vestnik. Nr 11. 1937.

Autor w obszernym swym artykule dowodzi, że zagadnienie tworzenia się kamieni żółciowych należy traktować jako przemianę cholesterynową, której zaburzenia mogą powstać na tle hormonalnym lub witaminowym. Fakt, że *cholelithiasis* występuje często przy ciąży, potwierdza to mniemanie. Śródbłonek woreczka żółciowego może działać automatycznie na wzór gruczołu, którego czynność podczas ciąży zostaje zmieniona pod wpływem innych gruczołów i ich hormonów. Teza ta wymaga dalszych studiów. *Dziulikowska* (Lwów).

Nowe zapatrywania na patogenezę i terapię dystrophia musculorum progressiva (d. m. p.). M. NEUBERGER. Zdravniški Vestnik, Nr 12. 1937.

Autor na podstawie podanych w piśmiennictwie wyników leczenia d. m. p. glikokolem i po dokładnych studiach nad przemianą białkową, przychodzi do następujących wniosków. Istnieje związek przyczynowy między czynnościowymi zaburzeniami trzustki a powstaniem d. m. p. i to tego rodzaju, że z powodu brakujących fermentów proteolitycznych organizm nie posiada dostatecznej ilości kwasów aminowych, potrzebnych do odnowy tkanek. Wychodząc z tego założenia, podawał autor wyciąg z trzustki w dwóch przypadkach d. m. p. i osiągnął dobre wyniki lecznicze, co jest potwierdzeniem jego tezy. Ważne jest wczesne rozpoznanie choroby i wczesne podawanie wyciągu z trzustki. Leczenie musi być długotrwałe, a może nawet stałe, jak przy leczeniu insuliną. *Dziulikowska* (Lwów).

Z nowszych badań etiologii grypy. I. DOBERSKA-MAYOWA Medycyna. Nr 24. 1937.

W pracy poglądowej na powyższy temat, autorka omawia zapatrywania poszczególnych badaczy etiologii grypy, które w krótkości przedstawiają się następująco. W latach 1890—1918 ogłoszono wiele prac o mikrobiologii pałeczki grypowej Pfeiffera, którą początkowo uważano za swoisty zarazek grypy. Okazało się, że drobnoustrój ten często towarzyszy i innym sprawom zakaźnym, jak odrze, krztuścowi, gruźlicy, co przemawiałoby raczej za jego saprofitycznym charakterem. Dalsze badania zdają się potwierdzać, że pałeczka Pfeiffera jest w grypie drobnoustrojem tylko towarzyszącym, a nie przyczynowym.

Późniejsze badania zaliczają zarazek grypowy do grupy zarazków przesączalnych, które w stosunku do ustroju zakażonego zachowują się różnie, albo wywołują chorobę ogólną, np. grypę, albo atakują szczególnie pewien narząd np. spojówkę (jaglica), śliniankі (*parotitis*), czy też tkankę nerwową (*encephalitis*, choroba Heine-Medina). Do tego poglądu skłaniają się i badacze amerykańscy, którzy na podstawie obserwacji grypy nierogacizny (tzw. hog-flu), a mianowicie świń, wykazali, że jest ona wynikiem współdziałania 2 czynników, z których jeden, tj. zarazek przesączalny wywołuje schorzenie, drugi zaś — pałeczka podobna do pałeczki Pfeiffera, ma powinowactwo do krwi (dlatego nazwana *bac. haemophilus suis*) i prowadzi do pogłębienia objawów chorobowych.

Na podstawie badań rosyjskich autorów z r. 1934, w ludzkiej grypie należało by pneumokoka i pałeczkę Pfeiffera uważać jako towarzyszące zarazkowi przesączalnemu. Dotychczasowe jednak badania ludzkiej grypy mają charakter jedynie dociekań i jako nierozstrzygnięte jeszcze, są przedmiotem dalszych prac.

St. Malczyński (Lwów).

O czasie wchłaniania bąbla w przebiegu próby wodnej. C. V. MEDVEI i P. LEHNDORFF. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 30. Z. 1. 1937.

Obciążenie ustroju większą ilością płynu (próba Volharda) powoduje — jak poprzednio wykazał Medvei — pewne zmiany w krążeniu płynu między krwią, a tkankami i odwrotnie, co potwierdzają spostrzeżenia wchłanialności do krwi uraniny wprowadzonej podskórnie (met. Donatha i Tannego), która normalnie opóźnia się po wypiciu płynu (próba Volharda), w godzinę po wypiciu jest już taka sama, jak przed wprowadzeniem płynu, a w 2—3 godz. często się nieco wzmaga. To zjawisko w różnych procesach chorobowych wykazuje pewne różnice i może przyczynić się do rozpoznania. Celem uproszczenia powyższego postę-

powania, które ma rzucić światło na zachowanie się i stan przednercza, autorzy zajęli się związkiem między wchłanialnością bąbla śródskórnego (próbą bąblową Mc. Clury'ego i Aldricha) i próbą wodną, wyszukaniem związku pomiędzy układem przednerkowym i nerkowym. Jako normę czasu wchłonienia bąbla śródskórnego (przy pomocy fizjologicznego NaCl) twórcy tej próby podają 60—90 minut.

Na podstawie licznych doświadczeń, autorzy dochodzą do wniosku, że już w warunkach prawidłowych zachodzą bardzo znaczne różnice w czasie wchłaniania bąbla, zwiększające się i zacierające obraz jeszcze bardziej po obciążeniu ustroju płynem, wobec czego nie mogą być użyte do oceny stanu przednercza, jak i nerek. Lepsze wyniki pod tym względem może dawać próba wchłanialności uraniny w połączeniu z próbą wodną.

St. Malczyński (Lwów).

Kiła tętnicy głównej jako przyczyna stanów gorączkowych. T. LASZLÓ. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 30. Z. 1. 1937.

Stany gorączkowe w związku z kiłą narządu krążenia, pomijając często towarzyszące powikłania na tle bakteryjnym, toksycznym, czy gośćcowym pod postacią *endomyocarditis*, należą do rzadkości. Autor opisuje trzy przypadki kiły tętnicy głównej u kobiet, u których związek przyczynowy między tym schorzeniem, a gorączką nie pozostawiał żadnych wątpliwości. Wobec braku tła gośćcowego, bakteryjnego oraz wszelkich innych stanów, prowadzących do podwyżki ciepłoty ciała, źródło ostatniej przypisano wyłącznie zakażeniu kiłowemu i zmianom zastawek tętnicy głównej. *St. Malczyński* (Lwów).

Limfosarkomatoza ogólna. Choroba Sternberga. N. FIESSINGER, M. GAUTTIER et C. M. LAUR. Ann. de méd. T. 42. Nr 4. 1937.

Autorzy opisują przypadek sarkomatozy ogólnej, w której dopiero pod koniec choroby (w 4—6 tyg.) pojawiają się zmiany we krwi, polegające na występowaniu w około 49% komórek specjalnych, takich samych, jakie stwierdza się równocześnie w preparatach z chorobowo zmienionych gruczołów chłonnych, przy czym szpik kostny przedstawia obraz zupełnie prawidłowy.

Początek choroby cechuje zespół śledzionowo-gruczołowy, bez żadnych zmian w obrazie krwi. Te objawy, jako też brak krwawień, wtórnych zakażeń, duża złośliwość guzów oraz brak wyraźnych objawów wskazujących na istnienie guza śródpiersia, pozwalają odróżnić tę jednostkę chorobową od ostrej białaczki i innych postaci limfosarkomatozy. *Z. Webersfeld* (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich urządziło w dniu 11 maja 1938 r. akademię ku uczczeniu Jędrzeja Śniadeckiego, w stuletnią rocznicę Jego zgonu. Podczas akademii dr Wincenty Wróblewski wygłosił odczyt: O życiu i działalności Jędrzeja Śniadeckiego.

Polskie Tow. Badań Naukowych Gruźlicy. Uroczyste posiedzenie ku uczczeniu pamięci Prezesa Towarzystwa śp. Dra Kazimierza Dąbrowskiego oraz zebranie naukowe Towarzystwa odbyło się dnia 9 maja 1938 r. Część I. Przemówienia. 1) Czesław Wroczyński: Działalność społeczna i organizacyjna śp. Dra Kazimierza Dąbrowskiego. 2) Józef Gackowski: Działalność naukowa śp. Dra Kazimierza Dąbrowskiego. 3) Jan Stopczyk: Śp. Dr Kazimierz Dąbrowski jako kierownik szpitala, szef oddziału oraz nauczyciel i wychowawca. — Część II. Zebranie naukowe. A) Pokazy: 1) Wiwa Geysmer-Jaroszewicz i Karol Chodkowski: Zespół pierwotny w płucach z wysiewem do opon mózgowych u osoby 18-letniej (pokaz anatomiczny). 2) Zdzisław Szczepański: Pokaz preparatu anatomicznego gruźlicy języka. B) Odczyt: 3) Walenty Hartwig: Alergometria w gruźlicy dorosłych.

XIV posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 13 maja 1938 r. Porządek dzienny: Z cyklu wykładów pt. „Zaburzenia wydalania żółci". 1. Kol. Majewski A.: W sprawie wpływu ciąży na powstawanie kamicy żółciowej i czynnościowych zaburzeń w drogach żółciowych zewnątrz-wątrobowych. 2. Kol. Nowicki W.: Zrosty pęcherzyka żółciowego i jego otoczenia i ich stosunek do dróg żółciowych.

XIX Walne Zgromadzenie Polskieego Towarzystwa Psychiatrycznego odbędzie się w niedzielę dnia 5 czerwca 1938 w Zakładzie Psychiatrycznym w Owińskach. Porządek dzienny: 1. Zagajenie Prezesa Zarządu. 2. Wybór prezydium Walnego Zgromadzenia. 3. Odczytanie protokołu XVIII Walnego Zgromadzenia. 4. Sprawozdanie Zarządu Głównego: a) sprawozdanie sekretarza generalnego, b) sprawozdanie skarbnika, c) sprawozdanie redaktora i bibliotekarza. 5. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 6. Dyskusja nad sprawozdaniami i wnioskami Zarządu. 7. Zatwierdzenie tematów głównych na XIX Zjazd Psychiatrów Polskich w 1939 r. i na XX Zjazd Psychiatrów Polskich w 1940 r. 8. Wybór miejsca XIX Zjazdu Psychiatrów Polskich. 9. Wybór 3 członków Zarządu na lata 1938—1941 — na miejsce ustępujących zgodnie z art. 16 Statutu Tow. Doc. Łuniewskiego, Dyr. Wilczkowskiego oraz zmarłego w 1937 r. Prof. Borowieckiego. 10. Wybór 3 członków Komisji Rewizyjnej, redaktora i wydawcy „Rocznika Psychiatrycznego". 11. Wolne wnioski i dyskusje. 12. Zamknięcie.

Różne

Z kraju

Działalność Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie w miesiącu marcu 1938 r. W marcu 1938 lekarze domowi i specjaliści Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie udzielili w gabinetach i ambulatoriach 89.199 porad oraz odbyli 7.467 wizyt w domu obłożnie chorych. Z aptek własnych, obcych i punktów rozdawnictwa leków wydano 96.292 lekarstw i środków opatrunkowych. Lekarze i personel pomocniczo-lekarski wykonali 22.585 zabiegów (zastrzyki, odmy, nakłucia, masaże, stawianie banick, pijawek itp.). W zakładach własnych i obcych udzielono 10.666 zabiegów fizykalnych (nagrzewania diatermią, Soluxem, naświetlania lampą kwarcową itp.). W Zakładzie Rentgenowskim wykonano 4.246 prześwietlań, zdjęć i naświetlań promieniami Roentgena. Zakład Analityczno-lekarski przeprowadził 9.132 analiz. W zakresie pomocy dentystycznej udzielono 2.935 porad i dokonano 55 protez. W Szpitalu własnym i sanatoriach przebywało 1.362 chorych, przez 12.204 dni leczenia. Wydano 695 przekazów do obcych zakładów leczniczych (szpitale, zakłady położnicze, sanatoria). Wypłacono tytułem zasiłków chorobowych, szpitalnych, połogowych i pokarmowych 53.453.04 zł, tytułem zasiłków pogrzebowych 6.222.34 zł.

Pierwsza Polska Wystawa Szpitalnictwa. Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa odbędzie się pod protektoratem Pana Premiera Gen. Dra F. Sławoj-Składkowskiego w Warszawie, w gmachu budującego się szpitala wojskowego przy ul. 6 Sierpnia „Pierwsza Polska Wystawa Szpitalnictwa". Wystawa ta zgromadzi szereg interesujących eksponatów, zarówno z dziedziny budownictwa, jak i całkowitego wyposażenia nowoczesnego szpitala. Dorobek polskiego przemysłu farmaceutycznego zostanie na wystawie przedstawiony w sposób żywy i barwny. Bogaty dział naukowy, pielęgniarstwo, ratownictwo, ze szczególnym uwzględnieniem obrony przeciwgazowej, udział wojska i olbrzymi dział lecznictwa społecznego złożą się na całość imponującą. Wystawa ta, ze względu na doniosłość znaczenia szpitalnictwa w życiu Narodu wzbudziła zrozumiałe zainteresowanie. Zarząd Wystawy stanowią: Płk. dr K. Miszewski — Przewodniczący, Dr W. Przywieczerski, Inż. Wł. Borawski, Inż. M. Heyman. Biuro Wystawy mieści się w Warszawie, ul. Boduena 2, m. 2, tel. 320-80.

Japonia

W Japonii tylko 6% umysłowo chorych może znaleźć pomieszczenie w specjalnych zakładach. VI Kongres Szpitalnictwa w Japonii będzie obradował nad zwiększeniem liczby zakładów psychiatrycznych.

Szwecja

W północnej części Szwecji zanotowano w ubiegłym miesiącu liczne, ciężkie zachorowania na płonicę.

Komunikaty

Program obrad XVIII Zjazdu Psychiatrów Polskich. — I dzień Zjazdu, sobota, dnia 4 czerwca 1938 r. Posiedzenie przedpoł., godz. 9. Temat główny: Omamy. Uroczyste otwarcie Zjazdu. Referaty główne: 1. Prof. S. Błachowski (Poznań): O istocie omamów. 2. Prof. M. Zieliński (Kraków): Psychozy pomroczne odwykowe. Przyczynek do kliniki omamów. 3. Dr J. Dretler (Kobierzyn): Rozważania

metodologiczne teorii omamów. 4. Dr W. Chłopicki (Kraków): Omamy słuchowe jako swoista postać zaburzeń czynności mowy. 5. Dr M. Bornsztajn (Warszawa): Omamy a zmiany osobowości (Przyczynek do patogenezy omamów). — Odczyty: 1. Dr J. Handelsman (Tworki): Omamy w organicznych cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego. 2. Dr J. Nelken (Warszawa): Omamy reaktywne. 3. Dr T. Łapiński (Milanówek): Czynniki sprzyjające powstawaniu złudzeń, wyzwalające dla złudzeń treść lub też zasilające złudzenia w treść. — Posiedzenie popołudniowe, godz. 16. Referat główny: 1. Prof. S. Szuman (Kraków): Zagadnienie fenomenologii zwidzeń (na tle doświadczeń z meskaliną). — Odczyty: 1. Dr J. Meissner (Kobierzyn): Ocena wartości doświadczeń meskalinowych dla psychiatrii. 2. Dr H. Jankowska (Warszawa): Ejdetyzm a halucynacje. 3. Dr R. Dreszer (Warszawa): O ukrwieniu mózgu w obrazie mikroskopijnym. 4. Dr Z. Messing (Tworki): Z zakresu anatomii patologicznej oligofrenii (z pokazem mikrofotografii). 5. Dr B. Kamiński (Warszawa): Różnicowanie omamów. 6. Dr K. Wize (Dziekanka): Przyczynek do psychologii omamów. Dyskusja nad referatami głównymi i odczytami. — II dzień Zjazdu, niedziela, dnia 5 czerwca 1938 r. Uroczysty obchód 100-lecia Zakładu Psychiatrycznego w Owińskach, który rozpocznie się o godz. 9.30 mszą św. w kościele parafialnym w Owińskach. Posiedzenie przedpołudniowe, godz. 11. Temat główny: Zasady segregacji więźniów pod kątem widzenia psychiatrycznym. Referaty główne: 1. Dr T. Krychowski, dyr. Dep. Kar. Min. Sprawiedliwości. Organizacja więziennictwa i zasady klasyfikacji więźniów według wytycznych Min. Sprawiedliwości. 2. Dr H. Jankowski, lek. nacz. więz.: Zadania komisji kryminalno-biologicznej w stosunku do klasyfikacji więźniów. 3. Doc. W. Łuniewski (Tworki): Zadania psychiatrii penitencjarnej. 4. Dr L. Korzeniowski (Warszawa): Segregacja więźniów w oświetleniu biologii kryminalnej. 5. Dr J. Szpakowski (Grodzisk): Organizacja oddziałów obserwacyjno-rozdzielczych oraz wytyczne dla segregacji typów psychopatycznych. 6. Dr F. Kaczanowski (Tworki): Wytyczne dla segregacji więźniów epileptyków i alkoholików. — Odczyty: 1. Dr W. Stryjeński (Kobierzyn): Pojęcie niebezpieczeństwa dla porządku prawnego. 2. Dr E. Wilczkowski (Gostynin): W sprawie organizacji opieki nad zdrowiem psychicznym ludności. 3. Dr J. Pająk (Przemyśl): Psychobiologia a obrona państwa (z uwzględnieniem segregacji więźniów w wojsku). 4. Dr M. Lichtensztein (Drohobycz-Górka): O dorobku twórczym lekarza psychiatry więziennego 5. Dr A. Malinowski (Warszawa): Przestępcy a przestępstwa wojskowe (w przypadkach kwestionowanej poczytalności). 6. Dr S. Węcewicz (Owińska): Na marginesie orzeczeń sądowo-lekarskich. 7. Dr B. Kamiński (Warszawa): Zagadnienia psychiatryczne w sądzie i więzieniu. 8. Dr B. Kamiński (Warszawa): Zapomniana rocznica C. Lombroso. — Posiedzenie popołudniowe, godz. 16. XIX Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Bezpośrednio po Walnym Zgromadzeniu odbędzie się dyskusja nad referatami głównymi i odczytami. — III dzień Zjazdu, poniedziałek, dnia 6 czerwca 1938 r. Posiedzenie przedpołudniowe, godz. 9. Odczyty: 1. Dr A. Domaszewicz i A. Erb (Lwów): O możliwościach odróżniania popraw insulinowych od popraw samorzutnych w przypadkach schizofrenii. 2. Dr E. Wilczkowski (Gostynin): Zagadnienie mechanizmu fizjologicznego psychochemicznych reakcyj we krwi u ludzi. 3. Dr S. Hrynkiewicz i Mgr W. Świątkowska (Choroszcz): Zawartość alkoholu we krwi u ludzi zdrowych i psychicznie chorych. 4. Dr S. Hrynkiewicz i Mgr W. Świątkowska (Choroszcz): Zawartość we krwi alkoholu w zależności od czasu i sposobu podawania u zwierząt alkoholizowanych. 5. Dr S. Hrynkiewicz i Mgr W. Świątkowska (Choroszcz): Rozmieszczenie alkoholu w poszczególnych składnikach krwi. 6. Dr E. Tomaszewski (Kościan): O wartości leczniczej odruchów warunkowych w leczeniu alkoholików. 7. Dr J. Pająk (Przemyśl): Z higiogenezy i nowszego leczenia kiły IV-rzędnej (szczepionką przeciw wściekliźnie metodą Tommasiego). 8. Dr S. Oberc (Kościan): O leczeniu schorzeń metaluetycznych szczepionką przeciw wściekliźnie metodą Tommasiego. 9. Dr F. Berezowski (Kościan): Zaburzenia korelacji układu wegetatywno-hormonalnego w padaczce samoistnej. 10. Dr F. Berezowski i G. Łukaszewski (Kościan): Dotychczasowe wyniki stosowania wstrząsów kardiazolowych w schizofrenii. — Dyskusja. Zamknięcie zjazdu. — Posiedzenia odbywać się będą w pierwszym dniu Zjazdu w Poznaniu w Coll. Medicum (ul. Fredry 10) w sali Śniadeckich, a w drugim i trzecim dniu Zjazdu w Owińskach. — Regulamin XVIII Zjazdu Psychiatrów Polskich. Referenci powinni przed Zjazdem złożyć streszczenia swoich odczytów, napisane pismem maszynowym, na ręce sekretarza generalnego Zjazdu Dr M. Naramowskiego. W razie nieobecności referenta zgłoszony referat nie będzie odczytany i nie zostanie w sprawozdaniu uwzględniony. Przemówienie w dyskusji winno być przed ukończeniem Zjazdu doręczone na piśmie sekretarzowi generalnemu Zjazdu. Czas trwania referatów głównych w I dniu Zjazdu (temat: omamy) ograniczono do 30 minut, referatów głównych w II dniu Zjazdu (temat: zasady segregacji więźniów pod kątem widzenia psychiatrycznego) do 20 minut, odczytów do 10 minut, przemówień dyskusyjnych do 5 minut. Komitet prosi o przekazanie kwoty 15 zł za udział w Zjeździe; dla osób towarzyszących, jak również dla asystentów klinicznych i szpitalnych kwota udziału w Zjeździe wynosi zł 7.50. Komitet uprasza o wczesne nadesłanie składki zjazdowej. W Poznaniu uczestnicy Zjazdu będą mogli zamieszkać w Hotelu „Polonia" (ul. Grunwaldzka 18), którego Zarząd wyznaczył wyjątkowo niską cenę, wynoszącą 2.80 zł od osoby (łącznie z podatkiem mieszkaniowym), o ile w hotelu zamieszka przynajmniej 50 osób, w przeciwnym razie cena będzie nieco wyższa. W Owińskach uczestnicy Zjazdu otrzymają mieszkanie i utrzymanie bezpłatnie w Zakładzie Psychiatrycznym. Komitet zwraca jednak uwagę na to, że ze względu na niewielką stosunkowo odległość Owińsk od Poznania zachodzi możliwość mieszkania w czasie całego Zjazdu w Poznaniu. W trzecim dniu Zjazdu odbędą się wycieczki autobusowe: a) do Narodowego Parku Wielkopolskiego, b) do Kórnika, Rogalina i Kościana. Wreszcie Komitet zawiadamia, że wystąpił do Ministerstwa Komunikacji o udzielenie zniżek kolejowych. Szczegółowy program Zjazdu zostanie doręczony w dniu otwarcia Zjazdu dnia 4. czerwca 1938, w Sekretariacie Zjazdu (Poznań, Collegium Medicum, ul. Fredry 10).

Zarząd Okręgowej Izby Lekarskiej we Lwowie składa szczere podziękowanie Dyrekcji i Gronu PP. Ordynatorów Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie za kwotę 140 zł, PP. Lekarzom Szpitala za kwotę 86 zł i PP. Lekarzom Oddziału Chirurgicznego tegoż Szpitala za kwotę 31 zł, pozostałą po zakupieniu wieńca, złożone na Fundusz wdów i sierót po lekarzach z powodu śmierci ordynatora Szpitala śp. Dra Ryszarda Rodzińskiego i podziękowanie to również składa PP. Lekarzom miejskim m. Lwowa za kwotę 30 zł, pozostałą po zakupieniu wieńca na trumnę śp. Dra Kazimierza Wernickiego, złożoną również na Fundusz wdów i sierót po lekarzach. Prezes Izby: *Prof. dr Witold Nowicki*, mp.

Redakcja otrzymała

Miesięcznik *Biblioteka Lekarska*. Nr 4. 1938.

Z. Rudolf: Umiejscowienie zakładów przemysłowych. Odb. z „Przegl. Bezp. Pracy". Nr 3. 1938.

Archiwum Higieny. Tom V. 1937.

E. Friedländer: Die Therapie der Thrombose. Wyd. Fr. Deuticke, Lipsk-Wiedeń, 1938. Cena: 5.40 M.

Rada Naukowo-Lekarska przy Z. U. S.: *Przegląd referatowy zagranicznej literatury fachowej z dziedziny medycyny społecznej i ubezpieczeniowej oraz medycyny pracy*. R. II. Nr 3. 1938.

Fifty-fourth Annual Report of the Bureau of American Ethnology. 1936—1937. Smithsonian Institution, Washington, D. C. 1938.

Ks. M. Rękas: Radio w szpitalu. Wyd. Apostolstwo Chorych — Radio dla chorych. Warszawa-Lwów 1938.

Ks. M. Rękas: Apostolstwo chorych w Polsce. Nakł. Nacz. Inst. Akcji Katol. i Pol. Sekr. Apostol. Chorych. Poznań-Lwów.

Ks. M. Rękas: Chory ma głos... Nakł. Pol. Sekr. Ap. Chor. Lwów 1934.

Polskie Radio radość niesie zdrowym i chorym. Wyd. nakładem Biura Prasy i Propagandy Pol. Radia. Lwów-Warszawa, 1937.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 10.—

za granicą . . . . zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.